

Usage nocif de substances psychoactives

Identification
des usages à risque
Outils de repérage
Conduites à tenir

Rapport au Directeur Général de la Santé

En application de la loi du 11 mars 1957 (article 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.

Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

REPUBLIQUE FRANÇAISE

PARIS, le 7 OCT. 1999

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL

LA/DC

99 57

Cher Professeur,

Une approche sanitaire globale des "Pratiques Addictives" est désormais reconnue comme une nécessité. Je souhaiterais vous confier à cet effet une mission d'appui scientifique.

Il me semble en particulier nécessaire de mieux connaître et traiter l'usage nocif des substances psycho-actives (conduite d'abus) en complément de la dépendance dont le cadre médical est mieux cerné. Il convient pour cela de définir de manière claire et référencée les critères permettant de repérer un usage nocif de produits psycho-actifs (alcool, tabac, haschich, héroïne, cocaïne, amphétamines..., sans oublier les polyconsommations). Je vous invite donc à me proposer une démarche permettant de forger une conduite à tenir validée sur cette question, incluant des éléments de bonnes pratiques simples et utilisables par les acteurs de terrain.

Je souhaiterais également que vous apportiez votre concours au groupe animé par la MILDT concernant la réflexion méthodologique sur les aspects communs et les aspects spécifiques dans la prise en charge des différentes addictions.

Sur ces deux points, vous voudrez bien me proposer un calendrier de travail incluant des points d'étape que nous ferons ensemble.

En vous remerciant d'accepter cette mission, je vous prie d'agréer, Cher Professeur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le directeur général de la santé

Professeur Lucien ABENHAIM

Monsieur le Professeur Michel Reynaud

Sommaire

Lettre de mission	3
Groupe de travail	11
Présentation : « Trop, c'est combien ? »	13

PREMIÈRE PARTIE	
DÉFINITION DE L'USAGE NOCIF ET DONNÉES GÉNÉRALES CONCERNANT LES USAGES DES DIFFÉRENTES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	17

CHAPITRE I	
L'usage nocif et les usages à risque	19
I L'usage nocif n'est ni l'usage simple, ni la dépendance	19
II Le risque d'usage nocif traduit le croisement entre des facteurs individuels de vulnérabilité, des facteurs de risque environnementaux et les risques liés à la consommation d'un produit	28
III Applications pratiques	30
Bibliographie	35

CHAPITRE II	
Les modalités de consommation à risques	37
I La consommation précoce	37
II La consommation à la recherche d'excès	38
III La consommation à visée autothérapeutique	39
IV Le cumul des consommations de substances psychoactives	39
V La répétition de ces modalités de consommations	39
VI La rupture des liens scolaires et sociaux	39
VII La fréquence des risques croisés	39
VIII De l'usage festif à l'usage nocif	41
Bibliographie	43

CHAPITRE III	
Les risques de dommages liés à la consommation de substances psychoactives : synthèse	45
I Les risques de dommages spécifiquement liés à la consommation de substances psychoactives	45
II Les risques de dommages : tableaux	46
III Le risque d'installation d'une dépendance	55
Bibliographie	58

CHAPITRE IV	
Les facteurs psycho-sociaux de risque, de gravité et de protection	59
I Présentation	59
II Les indicateurs de risques individuels	61
III Les indicateurs de risques environnementaux	67
IV Les facteurs de protection	72
Bibliographie	74

DEUXIÈME PARTIE	
LES OUTILS PERMETTANT UN REPÉRAGE PRÉCOCE	77

CHAPITRE I	
Élaboration d'une logique de repérage précoce de l'usage nocif	79
I Différents éléments à repérer et à analyser	79
II Conduite à tenir	81

CHAPITRE II	
Repérage et évaluation diagnostique globale : les outils	85
I Les méthodes d'évaluation standardisée	86
II Évaluation des consommations	88
III Repérage des facteurs de risques psycho-sociaux	90
IV Outils	93
Bibliographie	102

CHAPITRE III

Repérage et évaluation des usages à risque et de l'usage nocif d'alcool	105
I Rappel des définitions	105
II Nécessité d'un dépistage précoce	107
III Qui peut repérer les formes précoces ?	107
IV Le dépistage doit être systématique : recherche d'usages à risque et d'usage nocif	108
V Le dépistage peut être ciblé lorsqu'il existe déjà des dommages : usage nocif	112
VI Le diagnostic de l'abus d'alcool à l'aide des marqueurs biologiques	114
Bibliographie	121

CHAPITRE IV

Repérage et évaluation des usages à risque et de la dépendance au tabac	123
I La prévention primaire du tabagisme	124
II Évaluation systématique de la consommation de tabac	125
III Les marqueurs biologiques du tabagisme	126
IV Freiner la progression du tabagisme durant l'adolescence	129
Bibliographie	131

CHAPITRE V

Repérage et évaluation de l'usage de cannabis	133
I Le diagnostic d'usage nocif	134
II Les signes d'usage	137
III Les questionnaires standardisés	138
IV L'évaluation des problématiques personnelles et familiales	139
Bibliographie	141

CHAPITRE VI

Repérage et évaluation de l'usage nocif des drogues de synthèse et autres psychotropes illicites	143
I la précocité	144
II L'usage autothérapeutique	144
III L'excès	145
IV Le cumul	146
V La marginalité	147
VI Autoquestionnaire de l'usage nocif des drogues de synthèse et autres psychotropes illicites	147
Bibliographie	149

TROISIÈME PARTIE

AIDE ET PRISE EN CHARGE DES SUJETS AYANT UN USAGE NOCIF DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES **151**

CHAPITRE I

Principes pour l'aide et la prise en charge des sujets ayant un usage nocif de substances psychoactives	153
I Les éléments du repérage précoce de l'usage nocif (rappel)	153
II Une stratégie globale de prise en charge	155
III Adaptation de cette stratégie de prise en charge aux différentes situations cliniques	158
Bibliographie	162

CHAPITRE II

Les stratégies d'aide individuelle : comment aider les consommateurs à problèmes	163
I Préalable : Établir une relation d'alliance	164
II Une aide adaptée à la motivation du patient	165
III Les stratégies cognitivo-comportementales dans l'usage nocif	172
IV Usages à risque et usage nocif d'alcool – interventions d'aide et de soins	178
V Tabac : interventions d'aide et de soins	185
VI Usage nocif de substances psychoactives – conduites à tenir chez l'adolescent	195
Bibliographie	206

CHAPITRE III	
Les stratégies d'action collective	209
I Améliorer l'information individuelle	209
II Affirmer le rôle de l'entourage	214
III En ce qui concerne les adolescents	216
IV Adapter les réponses dans le cadre de l'éducation nationale	221
V En ce qui concerne les adultes	236
VI Prévenir l'usage nocif au niveau collectif : réflexions sur la réglementation	238
Bibliographie	245

RECOMMANDATIONS	247
Présentation des recommandations	249
OBJECTIF I	
Modifier les représentations sociales de l'usage nocif et des usages à risque	253
OBJECTIF II	
Favoriser l'intervention des professionnels éducatifs, sociaux et du milieu de travail	257
OBJECTIF III	
Qualifier les professionnels de santé au repérage et à l'aide précoce	260
OBJECTIF IV	
Adapter les dispositifs d'aide et de prise en charge pour une meilleure prise en compte de l'usage nocif	264
OBJECTIF V	
Prendre les mesures réglementaires et législatives susceptibles de diminuer l'usage nocif	271
OBJECTIF VI	
Obtenir une mobilisation régionale autour de l'application de cette politique de santé publique	275
OBJECTIF VII	
Inciter à la recherche sur les usages nocifs et sur les usages à risque	277

Groupe de travail

Président

Pr Michel Reynaud, psychiatre, secrétaire général du collège universitaire national des enseignants d'addictologie, chef de service Hôpital universitaire Paul Brousse – Villejuif

Membres du groupe de travail

Dr H.-J. Aubin, praticien hospitalier, chef de service, Centre d'addictologie hôpital Émile Roux – Limeil Brevannes

Christine d'Autume, sous-directeur ; direction générale de la Santé

Dr Christine Barbier, bureau « pratiques addictives » direction générale de la Santé

Dr Bernard Basset, sous-directeur ; direction générale de la Santé

Dr Jacques Beraud, psychiatre, chef de clinique, CHU – Clermont-Ferrand

Dr Georges Brousse, psychiatre, chef de clinique, CHU – Clermont-Ferrand

Gérard Cagni, président de Toxibase – Lyon, vice-président de France Formation Toxicomanies, directeur général du SEDAP – Dijon

Marie Choquet, directeur de recherche INSERM U 472 « Santé des jeunes » Villejuif

Katherine Cornier, chef du bureau « pratiques addictives » direction générale de la Santé

Pr B. Dautzenberg, pneumologue, CHU Pitié Salpêtrière – Paris, président de l'Office français de prévention du tabagisme, de Paris sans tabac et du comité de prévention du tabagisme de l'AP-HP

Nadine Dubois, conseiller principal d'éducation – Villejuif

Marie-Agnès Dumont, adjoint au chef de bureau « pratiques addictives » direction générale de la Santé

Dr Philippe Gorwood, psychiatre, CNRS UMR 7593, CHU Louis Mourier – Colombes

Michel Joubert, sociologue, CETSAAH, CNRS EHESS – Paris

Sylvie Ledoux, chargé de recherche INSERM U 472 « Santé des Jeunes » – Villejuif

Pr Michel Lejoyeux, psychiatre, membre du bureau de la Société française d'alcoologie, Hôpital Bichat – Paris

Dr Patrick Lemoine, psychiatre, membre de la Commission de transparence, chef de service, unité clinique de psychiatrie biologique, CHS Le Vinatier – Bron

France Lert, directeur de recherche à l'INSERM « Comportements à risque », Hôpital national Saint Maurice

Nicole Maestracci, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies – Paris

Pr Daniel Marcelli, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, chef de service, Centre hospitalier Henri Laborit – Poitiers

Dr Dominique Martin, bureau « pratiques addictives » direction générale de la Santé

Andrée Martins, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies – Paris

Alain Monnot, ancien principal d'établissement, conseiller au MENRT

Dr Alain Morel, psychiatre, ancien président de l'ANIT, président de la Fédération française d'addictologie, directeur du Trait d'Union – Boulogne Billancourt

Françoise Moyen, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies – Paris

Pr François Paille, interniste, secrétaire général de la SFA, chef de service de médecine interne et d'alcoologie – Nancy

Pr Philippe Jean Parquet, psychiatre, chef du service d'addictologie – Lille

Dr Marie-Claude Romano, ministère de l'Éducation nationale, de la recherche et de la technologie (MENRT)

Dr Georgette Tobelem, pneumologue, chargé de mission par Madame Gilot, chef de service à l'hôpital de Pontoise

Dr Didier Touzeau, rédacteur en chef du *Courrier des addictions*, secrétaire général de la Société d'addictologie francophone, directeur de la clinique Liberté – Bagneux

Danièle Vasseur, CFES – Vanves

Pr Jean-Louis Venisse, psychiatre, organisateur du congrès international « Addictions », chef de service d'addictologie – Nantes

Marie Villez, présidente de l'ANIT, directeur du Cèdre Bleu – Lille

- La bibliographie a été établie avec l'aide de Toxibase

Présentation

« Trop, c'est combien »

Michel Reynaud

Notre groupe de travail a été mis en place pour répondre clairement à un besoin de Santé publique émergeant de plus en plus nettement : si les concepts de pratiques addictives et d'addictions sont désormais admis par la communauté scientifique et globalement acceptés par notre société. Différents travaux ont mis en évidence l'insuffisance du repérage précoce de l'usage nocif des substances psychoactives et la prise en compte trop tardive par le système sanitaire ou social de ces patients, le plus souvent au stade de la dépendance ou des complications.

Les substances psychoactives sont l'objet d'une très large consommation dans la population de l'adolescence aux âges avancés de la vie. Elles conduisent à des risques pour l'insertion sociale et la santé très divers et variables suivant les produits dans leur fréquence et leur gravité mais leur retentissement collectif est important.

La prévention de l'initiation a une efficacité faible, mais à long terme, et doit être complétée par une action sur l'escalade secondaire de la consommation.

Il est important de savoir s'il existe des solutions pour identifier les personnes ayant des usages nocifs et leur proposer des solutions qui réduisent les conséquences de l'usage nocif et ramènent les individus à l'abstinence ou à un usage sans risque ou à faible risque. Les solutions peuvent être d'ordre individuel (contrôle de la consommation et des risques associés, prise en charge spécialisée) et collectif (évolution des normes sociales, développement d'un contexte à moindre risque, mesures réglementaires).

Nous nous sommes donc fixés comme objectifs, en accord avec la lettre de mission, jointe en annexe :

- **De préciser et définir le plus clairement possible ce qu'est l'usage nocif de substances psychoactives.**

Pour cela nous serons amenés à faire la synthèse des connaissances actuelles concernant l'usage nocif, tant sur le plus scientifique que sur le

plan sociologique. Cette synthèse concernera à la fois les comportements nocifs de consommation et leurs traductions dans l'usage des différents produits psychotropes. Cette phase de synthèse, aussi objective et documentée que possible, est absolument capitale. Il conviendra, en effet, afin de légitimer aussi bien l'action thérapeutique que l'action préventive et politique, de faire coïncider du mieux possible les connaissances des professionnels et les représentations des usagers et de la population. Il y a un enjeu majeur de santé et de santé publique, à décentrer l'abord et la prise en charge des patients souffrant des dommages d'une consommation nocive de substances psychoactives, de l'approche actuelle qui se fonde sur le produit, les conséquences et le caractère licite ou illicite de sa consommation à une approche fondée avant tout sur des comportements de consommation pathologique et sur les moyens de modifier ces comportements.

- **La deuxième phase consistera à présenter les outils permettant un repérage précoce** de ces comportements nocifs de consommation. Ces outils devront être adaptés aux différents acteurs, qu'il s'agisse des différents acteurs sanitaires (médecins généralistes, médecins du travail, urgentistes, infirmiers, etc.), des acteurs sociaux ou éducatifs (enseignants, éducateurs,...), de l'entourage des utilisateurs ou des utilisateurs eux-mêmes.

- **La troisième phase consistera à présenter les stratégies validées :**

- pour des interventions d'aide et de soins et là encore, ces stratégies d'action devront être adaptées aux différents acteurs susceptibles d'aider les sujets ayant une consommation nocive ;
- pour prévenir l'usage nocif au niveau collectif.

Enfin, pour une action de santé publique, il conviendra que ces interventions d'aide en matière de consommation nocive de produits psychotropes puissent mobiliser l'ensemble des acteurs concernés, les usagers et la population en général. Ceci ne sera vécu comme légitime, que si on arrive à faire converger les connaissances scientifiques des professionnels, les représentations des usagers et notamment leur système d'autorégulation des consommations avec les représentations sociales de la population générale. Pour cela un important travail d'information et de diffusion des connaissances que nous aurons été amenés à synthétiser sera absolument indispensable. Cette convergence des représentations des professionnels, des usagers et de la population sera le socle nécessaire à l'élaboration d'une politique en matière de consommations nocives de substances psychoactives.

Présentation « Trop, c'est combien »

L'absence de consensus sur ce que l'on pourrait définir comme un usage nocif de substances psychoactives est vraisemblablement une des raisons principales de ces interventions trop tardives. Cette méconnaissance des usages nocifs concerne aussi bien la population en général que les différents acteurs sanitaires et sociaux. D'où l'importance capitale de préciser cette notion et d'obtenir un accord préalable des experts, des professionnels, des usagers et de la population. Cet accord étant en effet fondamental pour rendre possible les interventions d'aide et de soins.

La première question qui vient à l'esprit, et à laquelle la population souhaite une réponse claire est :

- **Trop, c'est combien ?**

Nous verrons en réalité que, pour être précis et efficace, cette question doit être complétée par deux autres :

- **Trop, c'est quand ?**

- **Trop, c'est comment ?**

Il est donc particulièrement important de faire la synthèse des connaissances concernant l'usage nocif afin de permettre de diffuser ces notions parmi les acteurs de terrain et le public, et afin de dépasser les résistances sociologiques et de modifier les représentations (ou plutôt l'absence de représentations sociales) de ces troubles. Ceci aidera à repérer plus précocement et à mieux aider ces patients. En effet, seule la connaissance et l'acceptation de cette notion d'usage nocif permettra une action de repérage précoce et efficace, mais surtout légitime. De même l'organisation des soins et de la prise en charge sociale ne pourront se faire que lorsque cette notion aura été clairement définie et socialement acceptée.

**Définition de l'usage nocif
et données générales
concernant les usages
des différentes
substances psychoactives**

Chapitre I **L'usage nocif et les usages à risque**

Michel Reynaud

Il est d'un enjeu capital de définir aussi clairement que possible ce que peut être l'usage nocif de substances psychoactives. Signalons d'emblée que cet usage nocif est reconnu par les communautés scientifiques internationales comme un trouble, une pathologie, ce qui légitime les interventions d'aide et de soins.

I L'usage nocif n'est ni l'usage simple, ni la dépendance

La communauté scientifique internationale individualise trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives – et ce quelle que soit la substance concernée : l'usage, l'abus (ou usage nocif) et la dépendance.

L'usage, n'entraînant pas de dommage, par définition, ne saurait être considéré comme pathologique.

À l'inverse, la dépendance, perturbation importante et prolongée du fonctionnement neurobiologique et psychologique d'un individu, est, sans conteste, une pathologie.

En revanche, l'abus (ou usage nocif) de substances psychoactives pose un réel problème conceptuel et de positionnement : il est difficile de parler de maladies alors que cet état est réversible, et en grande partie sous l'effet de la volonté du consommateur et qu'il ne se différencie que progressivement de la consommation d'usage. Toutefois, l'existence des complications somatiques ou psychiatriques et des dommages sociaux, familiaux ou juridiques induits justifie de parler de « troubles liés à la consommation de... » (en anglais : « Substances Use Disorders ») et de proposer une véritable réponse sanitaire d'aide à la gestion de ces comportements nocifs.

Les comportements de consommation de substances psychoactives

L'usage

L'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages : ceci signifie que l'on admet l'existence d'un comportement, régulier ou non, de consommation de substances psychoactives qui n'entraînerait pas de dommages. Un grand nombre de données cliniques validant cette hypothèse ont été publiées dans la littérature nationale et internationale. Une telle définition veut donc dire que l'usage ne saurait être considéré comme relevant d'une problématique pathologique nécessitant des soins, (alors que l'abus et la dépendance sont obligatoirement inscrits dans des problématiques de prise en charge sanitaire et sociale.) Le caractère illicite de la substance consommée ne saurait être pris comme critère de pathologie. Les seules complications de l'usage simple de substances illicites sont d'ordre pénal ou social.

Les pratiques d'usage de substances psychoactives réfèrent à trois modalités de consommation :

A) La non-consommation

Qu'il s'agisse de non consommation primaire (pas d'initialisation) ou secondaire (arrêt après une phase de consommation), une partie plus ou moins importante de la population ne consomme pas (10 % des Français ne consomment pas d'alcool, 66 % ne consomment pas de tabac, 90 % ne consomment pas de produits illicites, avec des variations importantes selon le sexe et l'âge). Si les facteurs sociaux s'avèrent de première importance pour expliquer ces faits, il conviendrait également de mieux connaître les facteurs individuels de protection biologiques et psychologiques.

B) La consommation socialement réglée

Cette consommation est en lien direct avec le refus, la tolérance, ou au contraire, la valorisation d'une substance par une société donnée, à un moment donné (citons la place du vin et de l'alcool en France, du cannabis au Maroc, du Khat au Yémen...) Rappelons toutefois que la place sociale d'un produit est souvent ambiguë, compromis entre des intérêts et des prises de position multiples et parfois contradictoires. Les « normes » de consommations varient souvent dans le temps. Il suffit de citer, pour exemples, l'évolution du regard social porté en France sur la consommation de tabac ou de haschich.

Cet usage social peut être selon les cas un usage occasionnel ou un usage régulier mais modéré. Cet usage peut s'inscrire dans un contexte de convivialité et participer au lien social ; à un degré de plus il peut s'agir d'un usage festif dont la consommation d'un produit devient un des éléments forts voire symbolique. C'est ici que doit se poser la question du statut de l'ivresse, que nous serons amenés à préciser.

C) Les usages à risque

Dans certaines circonstances ou situations de consommation, même cette consommation apparemment socialement réglée est susceptible d'entraîner des dommages.

Les usages à risques

Étant donné l'importance de ces modalités de consommation nous allons les individualiser et les détailler. Nous allons préciser les caractéristiques de ces usages à risque, car ils font le lit de l'abus et de la dépendance. Il faut également savoir qu'on les retrouve comme facteurs de gravité de la dépendance.

On peut regrouper ces usages à risques en trois catégories :

A) La consommation dans certaines situations : le risque situationnel

Le risque est déterminé, d'une part par les propriétés pharmacologiques du produit, d'autre part par les modalités de la consommation, en particulier par les situations où a lieu la consommation : on pense ainsi tout particulièrement *aux tâches nécessitant une bonne maîtrise psychomotrice* (conduite automobile, conduite d'engins, mais aussi tâches professionnelles), mais aussi par l'organisation de la personnalité du consommateur, facilitant, par exemple, la prise de risque ou des comportements agressifs.

Ces risques aigus concernent évidemment les produits psychotropes ayant une action sur la coordination psychomotrice (alcool, héroïne, haschich...) ou sur le comportement (alcool, amphétamines, ecstasy...).

Les risques situationnels concernent également *les femmes enceintes* car tous les psychotropes ont, là un plus ou moins grand degré, un effet néfaste sur le fœtus.

Enfin, *la prise de médicaments, notamment psychotropes*, peut, en association avec d'autres substances psychoactives entraîner des effets nocifs

B) La consommation selon certaines modalités : le risque quantitatif

Il existe un consensus fort parmi les praticiens, confirmé parmi les données épidémiologiques, pour considérer que certaines modalités de consommation sont fortement corrélées à l'apparition de dommages, et aux risques d'abus et de dépendance :

- *la consommation précoce* ;
- *le cumul* des consommations de substances psychotropes ;
- *la consommation à visée auto-thérapeutique* : l'utilisateur recherche un effet anxiolytique ou antidépresseur ; ces consommations sont le plus souvent solitaires ;
- *la consommation à visée de « défonce »* : conduites d'excès dans lesquelles l'effet recherché est celui d'une ivresse massive, d'une anesthésie ;
- *la répétition de ces modalités de consommations*, avec un argument de fréquence, de perte de contrôle et en insistant particulièrement sur la consommation matinale.

Le problème des consommations festives et de l'ivresse

On perçoit aisément à la lecture de ce qui précède à quel point il peut être difficile de différencier une consommation festive, hédonique, apportant du plaisir, la sociabilité et une ivresse psychotrope nocive. C'est la très forte valorisation de ces consommations festives qui rend difficile la définition, le repérage et le diagnostic des ivresses psychotropes « pathologiques ».

Il semble toutefois possible de s'appuyer pour différencier une consommation festive d'une consommation dangereuse voire nocive ou toxicomaniaque, sur les éléments énoncés plus haut : lorsque les ivresses sont précoces, répétées, associant plusieurs produits à visée d'anesthésie ou de « défonce » massive, il est alors légitime de considérer qu'il s'agit de consommations pathologiques, différentes de la simple euphorie festive.

On conçoit toutefois aisément qu'il va être difficile de faire diffuser cette notion, pourtant capitale, dans le public.

C) La consommation au-delà de certaines quantités

Le risque devient, là, épidémiologique, statistique, sur le long terme : les données de l'épidémiologie affirment clairement qu'au-delà de certains seuils de consommation la morbidité et la mortalité augmentent.

Il conviendra donc de bien connaître, pour les différents produits psychoactifs, le risque épidémiologique et les corrélations entre la

quantité consommée et l'augmentation de la morbidité et de la mortalité. Les risques sont, en général, proportionnels, de façon exponentielle, à la quantité consommée, ce qui explique qu'ils apparaissent plus clairement chez les sujets dépendants, mais pas seulement chez ceux-ci : on connaît ainsi des consommations longues, régulières, importantes de vin qui peuvent parfaitement entraîner des complications sanitaires sans que le sujet soit considéré comme dépendant au sens de la définition du DSM IV. En effet, il peut éventuellement y avoir une tolérance, une « accoutumance », mais il n'y a pas les signes comportementaux qui caractérisent la dépendance.

L'usage nocif (ou l'abus)

Les définitions les plus communément acceptées sont celles de l'Association américaine de psychiatrie reprise dans le *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM IV) – abus de substances – et celle de l'Organisation mondiale de la santé reprise dans la Classification internationale des maladies (CIM 10) – usage nocif –.

L'abus (DSM) ou l'usage nocif (CIM) est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance, les autres, la société. Le caractère pathologique de cette consommation est donc défini à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits.

Ces définitions, de la même manière que pour l'usage, ne font pas référence au caractère licite ou illicite des produits. Dans ces définitions, on met l'accent sur le fait que les dommages ne doivent pas être réduits à ce qu'on appelle classiquement les dommages sanitaires (les effets nocifs s'expriment dans des domaines divers tels que la santé physique et mentale, mais aussi le bien-être général, la qualité des relations conjugales, familiales et sociales, la situation professionnelle et financière, les relations à l'ordre, à la loi, à la société).

Abus de substances psycho-actives DSM IV (1994)

A – Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois.

1 – **Utilisation répétée** d'une substance conduisant à l'**incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison** (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 – **Utilisation répétée** d'une substance **dans des situations où cela peut être physiquement dangereux** (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3 – **Problèmes judiciaires** répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4 – **Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux**, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B – Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

Utilisation nocive pour la santé (CIM 10)

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'**utilisation** d'une ou de plusieurs substances **a entraîné des troubles psychologiques ou physiques**. Ce mode de consommation **donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives**. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Nous assimilerons par la suite, dans le cadre de ce travail, les notions d'abus et d'usage nocif.

Les rapports entre les risques de l'usage et l'usage nocif

L'usage nocif se caractérise par la concrétisation des dommages liés à la prise de risques. Sur le plan pratique cela nous amènera à préciser, outre les nécessaires attitudes de prise en charge de l'usage nocif, les attitudes d'information à avoir vis à vis des consommateurs en ce qui concerne leur prise de risques. De même nous aurons à préciser les seuils de consommation et les modalités de consommation où la prise de risques est telle qu'une action soignante est nécessaire pour éviter l'apparition des dommages ceci nous amènera à préciser des « seuils d'intervention ». Car c'est sans aucun doute aux professionnels de santé qu'il appartiendra de plus en plus de faire le lien entre risque statistique pour la santé publique et risque individuel.

La dépendance

Des trois grands types de comportements de consommation, le plus caractéristique est le comportement de dépendance qui se caractérise comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet.

Dépendance DSM IV (1994)

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

- 1 – existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - b. effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
- 2 – existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - b. la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
- 3 – la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
- 4 – un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5 – un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.

6 – d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.

7 – l'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Rappelons que Fouquet avait énoncé, à propos de l'alcoolisme, une image condensée qui représente très clairement la dépendance et peut s'appliquer aux autres consommations de substances psychoactives : « l'impossibilité de s'abstenir de consommer ».

Il est habituel de distinguer :

– la dépendance psychique définie par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit : le sevrage « psychique ». Cette dépendance psychique a pour traduction principale le « craving » : la recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable.

– la dépendance physique définie par un besoin irrépissible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques en cas de manque) et par l'apparition d'une tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée). Cette dépendance physique n'est pas obligatoire pour porter le diagnostic.

Toutefois, pour des raisons de lisibilité du rapport, et de clarification de l'exposé, nous nous limiterons, pour définir l'usage nocif, à l'existence des dommages. Néanmoins la dimension psychologique de ce trouble de l'usage, et notamment la répétition et le « craving », resteront en filigrane.

Les rapports entre la dépendance toxicomaniaque et la tolérance pharmacologique

Il apparaît important de différencier les phénomènes de tolérance pharmacologique (habituación à une certaine quantité quotidienne de substances) éventuellement accompagnés de manifestations de sevrage à l'arrêt de la substance de ce qui est désormais défini comme la dépendance au sens du DSMIV. Pour qu'il y ait dépendance, « conduite toxicomaniaque », il doit y avoir, en plus de la tolérance et du sevrage, des signes traduisant le « craving » la recherche compulsive du produit, l'impossibilité d'arrêter ou de contrôler l'utilisation de ce produit et des altérations sociales, relationnelles ou sanitaires. La tolérance seule, l'habituación ne peuvent suffire à définir la dépendance ; c'est ainsi qu'il n'y a pas dépendance lorsqu'un morphinomimétique est pris de façon thérapeutique à dose contrôlée : c'est le cas des thérapeutiques antalgiques ou de l'utilisation de traitement de substitution. C'est également le cas en cas de prises prolongées de benzodiazépines qui, lorsqu'elles se situent dans un cadre thérapeutique peuvent entraîner une tolérance mais sans les manifestations comportementales caractéristiques de la dépendance toxicomaniaque.

Cette distinction est importante à faire car elle a des conséquences thérapeutiques : en effet, lorsqu'il s'agit simplement d'une tolérance, la diminution progressive de la substance psychotrope peut se faire afin d'éviter les manifestations de sevrage ; mais elle ne pose, en général, pas les mêmes difficultés thérapeutiques et n'implique pas le même encadrement que lorsqu'il y a des manifestations de dépendance comportementale.

II Le risque d'usage nocif traduit le croisement entre des facteurs individuels de vulnérabilité, des facteurs de risque environnementaux et les risques liés à la consommation d'un produit

L'usage nocif (U.N.) peut se comprendre comme la résultante de l'interaction entre trois séries de facteurs :

- les facteurs de risques liés aux produits (P) ;
- les facteurs individuels de vulnérabilité (I) ;
- les facteurs de risque environnementaux (E).

$$U. N. = P. I. E.$$

- **P représente les facteurs de risques liés aux produits.**

Pour bien comprendre les dommages sanitaires, psychoaffectifs et sociaux liés à la consommation d'un produit il sera utile de différencier clairement trois types de risques :

A) Le risque d'installation d'une dépendance (son potentiel addictif).

Ce risque toxicomanogène propre à un produit peut s'évaluer sur la rapidité d'installation de la dépendance induite chez l'animal. Il peut s'évaluer également de façon très parlante par le rapport consommateurs dépendants/consommateurs non dépendants.

Certains auteurs parlent « d'index toxicomanogène ». Nous proposons de tenir compte de l'étude de Woody (annexe I) pour étalonner, à peu près objectivement, le risque de dépendance des différents psychotropes.

B) Le risque d'apparition de complications sanitaires, psychologiques ou sociales.

Ce risque est lié au potentiel d'intoxication du produit et à son potentiel dysléptique qui expliquent les troubles du comportement et les éventuelles conséquences sociales liées à ces troubles du comportement. Certains produits peuvent avoir des complications essentiellement somatiques : c'est le cas du tabac qui n'entraîne bien évidemment pas de troubles du comportement ; dans d'autres cas, comme avec l'alcool et les hallucinogènes, ce sont les troubles du comportement qui peuvent apparaître bien avant les complications sanitaires.

C) Les risques liés au statut social du produit.

Le statut légal de la consommation d'un produit a évidemment des conséquences sociales : lorsqu'un produit est intégré dans la catégorie des stupéfiants dont la consommation, la détention et le trafic sont illégaux, la consommation de ce produit aura pour l'utilisateur des risques légaux et sociaux.

Il conviendra donc de bien préciser pour chaque produit et pour chaque type de dommages les quantités consommées, les durées de consommation, les modes de consommation qui sont susceptibles d'entraîner ces différents types et dommages.

- **I représente les facteurs individuels de vulnérabilité** (et de résistance d'un individu) détaillés dans le chapitre IV. Ces facteurs de vulnérabilité comprennent :
 - des facteurs génétiques ;
 - des facteurs biologiques ;
 - des facteurs psychologiques ;
 - des facteurs psychiatriques.

Nous serons donc amenés à détailler les caractéristiques psychologiques et psychopathologiques qui semblent intervenir comme facteurs de risques d'utilisation nocive. Les facteurs biologiques de vulnérabilité, ainsi que les facteurs génétiques, font l'objet de multiples travaux, mais les résultats sont encore insuffisamment précis et les modalités d'action sont insuffisantes pour pouvoir permettre pour le moment une action pragmatique. L'article de P. Gorwood fait le point des consommations actuelles (chapitre III)

- **E représente les facteurs liés à l'environnement** (détaillés dans le chapitre IV) comprenant :

A) des facteurs sociaux concernant :

- l'exposition à un produit dans une société ou une micro-société donnée. Ce facteur d'exposition peut s'évaluer à partir des quantités consommées d'un produit donné dans une société donnée, par exemple en France. Ces données peuvent être affinées par âge, par sexe, par groupe social... ;
- la marginalité.

B) des facteurs familiaux concernant :

- la consommation du produit (consommation ou non-consommation, acceptation ou rejet, interdits religieux...);
- le fonctionnement familial : conflits, événements vitaux.

C) Dans ces éléments liés à l'environnement nous incluons également le rôle des pairs (des copains) ; Les facteurs socioculturels interviennent en favorisant l'exposition au produit (facteur E) et donc l'incitation à la consommation ; Les facteurs socioculturels modèlent

l'allure de la consommation et l'expression de la conduite addictive ; Les facteurs socioculturels favorisent enfin la pérennisation des conduites addictives une fois celles-ci installées.

On comprend alors que plus les facteurs d'exposition sont élevés (ce qui est par exemple le cas de l'alcool en France), moins il est nécessaire d'avoir une forte vulnérabilité (ce qui explique, par exemple, les « alcoolismes d'entraînement »). À l'inverse, lorsque l'exposition est faible (pour l'héroïne, par exemple) on retrouvera d'importants facteurs de vulnérabilité. Toutefois, certaines microcultures présentent une exposition plus importante à l'héroïne.

De même lorsque les risques liés aux produits sont importants les paramètres sociaux et personnels passent au second plan.

L'évaluation du risque d'usage nocif d'un produit devra donc tenir compte de ces trois facteurs. On comprend donc que l'on puisse diminuer ce risque d'usage nocif

- soit en jouant sur la vulnérabilité mais ceci pose sur un plan général des problèmes éthiques et pratiques (définition des personnalités à risque, connaissances génétiques balbutiantes en ce domaine). En revanche, sur un plan individuel, le soutien des sujets en difficulté et le renforcement des attitudes et facteurs de résistance est tout à fait légitime ;
- soit en jouant sur les potentialités toxicomanogènes du produit (richesse en principe actif, modes de consommation), ou sur les risques qu'implique sa consommation ;
- soit en jouant sur l'exposition (diminution globale de la consommation ou diminution de celle-ci dans certaines populations à risque – les femmes enceintes – les jeunes notamment ...).

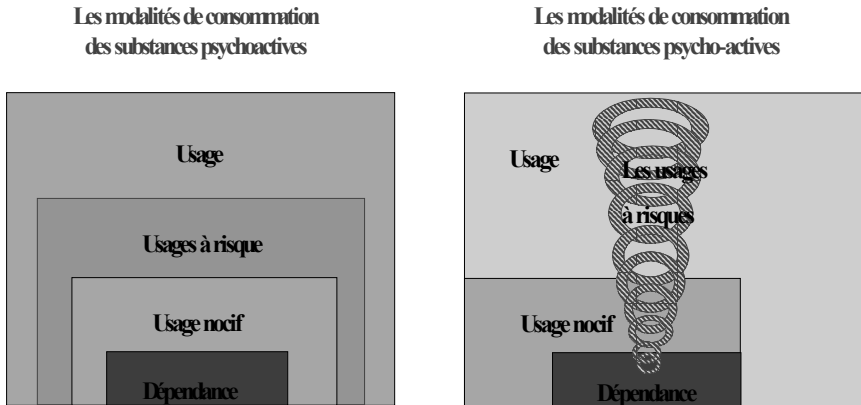
III Applications pratiques

A) Présentation des notions d'usage à risques et d'usage nocif aux différents acteurs

Les éléments détaillés ci-dessus nous amènent à proposer pour des raisons didactiques la présentation suivante, la plus claire possible, de ces différentes notions. Pour des raisons de clarté de l'exposé nous irons de la pathologie la plus grave (la dépendance), la plus aisément repérable, aux troubles moins évidents (l'usage nocif) pour détailler ensuite les usages à risques. Nous précisons enfin les différents facteurs de risques susceptibles d'intervenir dans l'installation de ces troubles.

Passons rapidement sur **la dépendance** qui n'est pas notre propos dans ce travail : phase ultime des consommations pathologiques, elle se traduit par des signes de tolérance, un sevrage, un comportement de

consommation compulsif; des dommages graves l'accompagnent le plus souvent. C'est une notion évidente, classiquement repérable sur les signes cliniques et biologiques. On conçoit, toutefois, que plus un produit est susceptible d'induire une dépendance plus son usage est risqué.



L'usage nocif

Il se traduit par l'existence de dommages liés à une consommation répétée. La conceptualisation et le diagnostic s'appuient donc sur deux ordres de faits :

- l'apparition des dommages : ceux-ci peuvent être sanitaires (somatiques, psychiatriques ou psychologiques) ou sociaux avec un retentissement familial ou scolaire ou professionnel, avec enfin l'installation dans une marginalisation
- par une consommation répétée, le plus souvent excessive et avec des modalités de consommation nocives du type de celle que nous allons décrire.

Cet état s'accompagne le plus souvent de plaintes concernant les modalités de consommation et les dommages. Ces plaintes peuvent être émises par l'entourage mais aussi par le sujet lui-même.

La description des usages à risques

Ces différents usages sont des indicateurs de risques tels qu'ils doivent susciter une intervention d'aide. Pour que cette intervention soit légitime, d'une part, et pour d'autre part, prévenir ces usages, il conviendra d'informer très clairement et très concrètement la population et les consommateurs de ces usages à risques. Ces usages à risques peuvent concerner :

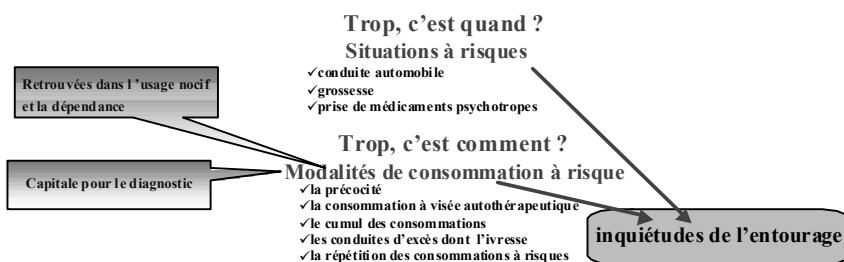
- **Des situations à risques, « Trop, c'est quand ? »** nous avons évoqué les femmes enceintes, la conduite automobile ou d'engins, les situations nécessitant une parfaite maîtrise psychomotrice, etc.
- **Des modalités de consommation à risque, « Trop, c'est comment ? »** celles-ci pouvant se caractériser par :
 - la précocité ;
 - le cumul des consommations ;
 - les conduites d'excès ;
 - la consommation autothérapeutique (destinée à calmer un malaise interne, l'anxiété, la dépression) ;
 - la répétition des consommations à risques et notamment des ivresses.

Ces modalités de consommation à risques sont un indicateur puissant : elles sont en effet, en général, présentes dans l'usage nocif et dans la dépendance. Elles peuvent donc être considérées comme un élément de fond, transversal et hautement significatif.

- **Des quantités consommées excessives « Trop, c'est combien ? »** épidémiologiquement connues comme à risques. Ce sont ces consommations qui ont amené à définir les seuils d'intervention.

Ces usages à risques sont souvent l'objet d'inquiétudes de l'entourage.

Les usages à risque



Trop, c'est combien ?
Seuils d'information et d'intervention

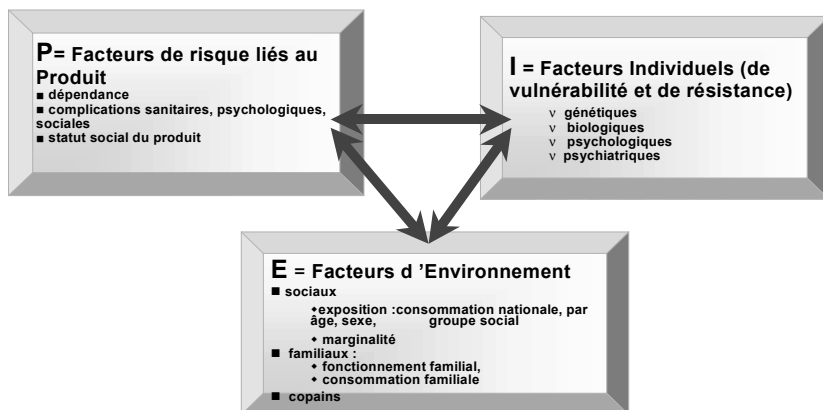
	Alcool	Tabac	Cannabis	Autres produits	*Cocaïne	Héroïne
Seuil d'information	> 21 verres d/s > 14 verres q/s	Toute consommation	Toute consommation	Toute consommation		
Seuil d'intervention	> 35 verres d/s > 21 verres q/s > 5 verres par occasion	> 10 cigarettes/j	• Consommation quotidienne • Ivresse cannabique >4 joints	En fonction des modalités de consommation	Toute consommation	Toute consommation
Toute consommation avant 15 ans						

Les facteurs de risques et indicateurs de gravité

Ils peuvent concerner l'exposition à un produit, la vulnérabilité du consommateur ou les risques particuliers liés au produit. Ce sont les interactions entre ces différents facteurs qui amènent le plus souvent aux usages, puis aux usages nocifs et enfin à la dépendance. Ainsi, plus l'exposition au produit est importante plus le risque d'initiation est élevé. Mais c'est en général la conjugaison de facteurs de vulnérabilité et de facteurs liés à la consommation du produit qui implique l'installation dans une consommation régulière puis éventuellement un usage nocif. Ainsi l'initiation à la consommation d'alcool, de tabac et désormais de haschich est extrêmement fréquente, l'installation dans des conduites de consommation régulière voire nocive traduit en général l'existence de facteurs de vulnérabilité personnels ou environnementaux. Elle entraîne, ou se traduit, par les modalités de consommation à risques déjà décrites.

Usage nocif : interactions P.I.E.

**Risque d'usage nocif et de dépendance =
Interactions : Produit (P) x Individu (I) x Environnement (E)**



L'élément nouveau et particulièrement important de notre travail se situe dans la bonne connaissance de ces usages à risques, et tout particulièrement de ces modalités de consommation à risques qui sont un indicateur extrêmement puissant de risques de complications sanitaires et sociales. Il apparaît donc particulièrement important de concentrer l'information sur ces modalités de consommation.

B) Les conséquences à en tirer pour les interventions d'aide et de soins

Les interventions de soins devront porter sur l'usage nocif lorsque les complications décrites existent. Elles auront pour but de faire changer les comportements de consommation, la difficulté étant alors de faire admettre au consommateur que ses troubles sont liés à son comportement de consommation et qu'il convient de le changer.

Des interventions de soins ou d'aide doivent également être apportées lorsqu'il existe des modalités de consommation à risques telles que nous les avons décrites.

Enfin des interventions d'aide ou de soins peuvent être nécessaires lorsqu'il existe des facteurs de risque individuels ou d'environnement. La présence de ces facteurs nécessite à tout le moins une attention particulière de la part de l'entourage familial, scolaire, éducatif ou amical. Lorsque ces facteurs de risque deviennent des éléments qui accroissent la gravité ou de l'usage nocif ou de la dépendance (trouble de la personnalité sous-jacent, comorbidité anxieuse ou dépressive, consommation familiale excessive, intégration dans un groupe de pairs consommateurs, désocialisation...) il conviendra alors, impérativement, pour espérer être efficace, d'avoir une action spécifique sur chacun d'entre eux.

Bibliographie

1. Angel (P.), Richard (D.), Valleur (M.), *Toxicomanies*, Paris, Masson, 2000, coll. « Abrégés », 276 p.
2. ANIT, *Toxicomanie : une addiction parmi d'autres*, Actes des 20e journées nationales de l'ANIT, Montpellier, 11-12 juin 1999, Saint-Genis-Laval, ANIT, 2000, 91 p.
3. Bailly (D.), Venisse (J.-L.), *Addictions et psychiatrie*, Paris, Masson, 1999, 205 p.
4. Barrow (S. M.), Lovell (A.), Ehrenberg (A.), « Usages de drogue et comorbidités psychiatriques. Synthèse des recherches américaines », Documents GDR Psychotropes, *Politique et Société*, 1999, (3), 1-80.
5. *Classification Internationale des Maladies*, 10^e révision : chapitre V (F) CIM-10 : « Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic », OMS. Paris, Masson, 1992.
6. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *Rapport du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur les toxicomanies*, Paris, CCNESVS, 1994.
7. Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance. *Trentième rapport*, Série de Rapports techniques, n° 873, Genève, OMS, 1998, 56 p.
8. Dembo (R.), Wothke (W.), Seeberger (W.), Shemwell (M.), Pacheco (K.), Rollie (M.), Schmeidler (J.), Klein (L.), Hartsfield (A.), Livingston (S.), "Testing a model of the influence of family problem factors on high -risk youths' troubled behavior : a three-wave longitudinal study", [Essai d'un modèle sur l'influence des facteurs familiaux dans les conduites à risque des adolescents : une étude longitudinale en trois étapes], *Journal of Psychoactive Drugs*, 2000, 32, (1), 55-65.
9. DSM IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American psychiatric association, Paris, Masson, 1996. 4^e éd. version internationale. Avec les codes CIM-10).
10. Edwards (G.), Parry (C. D. H.), Seivewright (N.), Giesbrecht (N.), Raistrick (D.), Romelsjo (A.), San (L.), *Comments on Drug misuse and the environment : a recent British report. Addiction*, [Commentaires autour du récent rapport britannique sur La toxicomanie et son environnement.], 1999, 94, (9), 1299-1309.
11. Henrion (R.) (sous la présidence du pr.), *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Paris, La Documentation française, 1995.
12. Ingold (R.), IREP, OFDT, *Ecsta, Trip, Coke et Speed. Approche ethnographique de la consommation d'ecstasy et de ses dérivés, les Méthylènedioxyamphétamines, ainsi que des autres drogues licites et illicites associées*, Étude n° 16, Paris, OFDT, 1999, 123 p.
13. INSERM, *Ecstasy : des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage*, Paris, Les éditions INSERM, 1998 (Expertise collective).
14. Le Poulichet (S.), Brusset (B.), Cyssau (C.), Dayan (M.), Jacquet (M. M.), Jeammet (P.), Pedinielli (J.-L.), Rigaud (A.), Rouan (G.), Schneider (M.), Waintrater (R.), *Les addictions*, Paris, PUF, 2000, « Monographies de psychopathologie », 219 p.
15. Miller (N.S.), Stimmel (B.) *Comorbidity of addictive and psychiatric disorders*. [Comorbidité de l'addiction et des troubles psychiatriques], Binghamton, NY. The Haworth Medical Press, 1993, 185 p.

16. Nelson (C. B.), Rehm (J.), Ustun (T. B.), Grant (B.), Chatterji (S.), “Factor structures for DSM-IV substance disorder criteria endorsed by alcohol, cannabis, cocaine and opiate users : results from the WHO reliability and validity study”, [Structures des facteurs des critères du DSM-IV concernant les troubles de l’abus de drogues – pour l’alcool, le cannabis, la cocaïne et les opiacés – : résultats d’une étude de l’OMS sur la validité et la fiabilité], *Addiction*, 1999, 94, (6), 843-855.
17. Olievenstein (C.), *La vie du toxicomane*, Paris, PUF, 1982.
18. Padieu (R.), Beauge (F.), Choquet (M.), Molimard (R.), Parquet (P.), Stinus (L.), *Dépendance et conduites de consommation*. Paris, Ed. INSERM, « Questions en Santé publique », 1997, 243 p.
19. Paille (F.), *L’alcool : de l’usage à la dépendance*, Gaillard (74), Laboratoire Roche Nicholas, 2000, 107 p.
20. Peele (S.), Brodsky (A.), *Love and addiction*, New-York, NY, Taplinger, 1975.
21. Reynaud (M.), *Les toxicomanies : alcool, tabac, drogues, médicaments*, Maloine, Paris, 1982.
22. Reynaud (M.), Parquet (P. J.), Lagrue (G.), *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport au directeur général de la Santé*, Paris, Odile Jacob, 2000, 273 p.
23. Svensson (R.), “Risk factors for different dimensions of adolescent drug use” [Facteurs de risques concernant diverses dimensions de l’usage de drogues chez l’adolescent], *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 2000, 9, (3), 67-90.
24. Van (T.) Bui (K.), Ellickson (P. L.), Bell (R. M.), “Cross-lagged relationships among adolescent problem drug use, delinquent behavior, and emotional distress”. [Corrélations croisées entre les problèmes d’usage de drogues chez les adolescents, la conduite délinquante et la souffrance psychique], *Journal of Drug Issues*, 2000, 30, (2), 283-303.

Chapitre II **Les modalités de consommation à risques**

Alain Morel,
Michel Reynaud

Ce sont ces modalités de consommation qui doivent attirer l'attention. Elles sont, épidémiologiquement et cliniquement, corrélées à l'usage à risques, à l'usage nocif et à la dépendance. Elles constituent, à ce titre, des indicateurs de risque majeur. Elles sont plus aisément repérables que les facteurs de risques individuels ou environnementaux qui nécessitent une formation pour être appréciés, évalués, pondérés.

L'information sur ces modalités de consommation à risques doit permettre à la population et aux consommateurs de percevoir la situation de danger et peut légitimer l'intervention éventuelle. Cette intervention sera d'autant plus légitime qu'il existe déjà des troubles liés à cette consommation (ce qui confirmera l'installation de l'usage nocif).

Enfin le repérage de ces modalités de consommation à risques ne stigmatisera pas un groupe ou un individu ou des caractéristiques, avec les dangers que cela implique. Il permettra de centrer l'attention de la population sur des modalités de consommation et non sur des caractéristiques individuelles ou sociales dont l'évaluation restera du ressort des professionnels formés (éducateurs, enseignants, personnels sanitaires ou sociaux..).

Il convient donc de différencier ces modalités particulières de consommation à risque des situations de consommations ou les seuls risques sont liés à l'effet psychotrope aigu plus ou moins important (accident de voiture, épisode délirant...): l'initiation simple, sans lendemain et la consommation épisodique, hédonique, récréative, festive.

I La consommation précoce

Plus une consommation de substances psychoactives démarre tôt dans la vie, plus le risque d'apparition d'abus et/ou d'installation d'une dépendance est élevé. Cette règle est applicable à toutes les substances (tabac, alcool, médicaments psychotropes, substances illicites), surtout, bien entendu si l'usage se répète. Car, d'une part, plus le nombre de

consommation est élevé, plus le temps d'exposition aux effets du produit est grand au cours de la vie, et plus le risque de survenue de complications augmente. Et, d'autre part du fait que des comportements qui s'inscrivent durant la pré-adolescence ou l'adolescence se constituent plus facilement en modes de vie et en habitudes difficiles à modifier par la suite. D'autant qu'un organisme jeune est sur certains plans beaucoup plus sensible à certains effets (et plus résistant à d'autres, ce qui n'est pas forcément une protection).

L'effet psychotrope est d'une façon générale plus nocif chez des sujets en développement, dans la mesure où il intervient sur un système neurobiologique plus fragile et provoque des distorsions dans le rapport du sujet avec son environnement et son entourage. Il serait donc recommandé de réduire autant que possible l'usage des substances à fort effet psychodysléptique avant l'âge adulte (la majorité) et d'être particulièrement attentifs lorsque l'usage intervient avant 16 ans. Se pose évidemment la question des stratégies les plus appropriées pour cela, sachant que l'interdit n'a en soi aucune portée s'il n'est pas l'expression d'un consensus éducatif, y compris parmi les adultes usagers qui constituent souvent le vecteur des premières initiations.

II La consommation à la recherche d'excès

L'excès se définit à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif, il recouvre donc à la fois l'usage à risques, l'usage nocif et la dépendance : la consommation fréquente et/ou en quantités élevées, et l'usage en dehors des conditions « normales » (régulées) de consommation. L'effet recherché est celui d'une anesthésie, d'une « défonce », d'un anéantissement. Les ivresses sont massives et fréquentes.

Ce domaine est l'un de ceux où les conseils de modération et de « l'usage à risque moindre » (à défaut du « bon usage ») seraient très utiles, mais ils n'ont d'impact que s'ils peuvent être diffusés et relayés par les usagers eux-mêmes. C'est un domaine où le dosage en principe actif consommé (pourcentage d'alcool, de THC, de MDMA.) est un paramètre important qui nécessite des possibilités de contrôle (difficiles à mettre en place pour les produits illégaux). C'est enfin un domaine où la responsabilisation des usagers est capitale en termes de prévention.

Ce dernier point devrait faire l'objet d'une réflexion spécifique avec les usagers, notamment pour définir des moyens et des outils adéquats pour cet objectif de responsabilisation : techniques d'auto-évaluation des risques personnels, identification des signaux d'alerte et des situations à risques, etc... Cette question de la prévention de l'excès entre a priori en contradiction avec l'objectif de l'usager qui est de perdre d'une certaine façon le contrôle

et donc passe par la non-modération. Cependant, la « perte de contrôle de soi » recherchée par les consommateurs n'est pas une notion globale, et on s'aperçoit à lire les documents de prévention réalisés par des usagers de drogues psychostimulantes qu'ils sont à la recherche de moyens de réduire bon nombre de risques pour ne conserver que l'effet euphorisant et déréalisant.

Cette modalité de consommation repose, encore et toujours, la question du statut de l'ivresse.

Ceci nous amène à différencier la recherche d'euphorie, festive et conviviale de la conduite d'excès, de la recherche d'ivresse massive, d'abrutissement, d'anéantissement que nous sommes amenés à considérer médicalement comme une modalité de consommation à risques ou inquiétante. Cette analyse concerne évidemment aussi bien l'ivresse alcoolique, que l'ivresse cannabique ou la « défonce », à la cocaïne ou aux médicaments psychotropes, par exemple.

III La consommation à visée autothérapeutique

L'effet anxiolytique ou antidépresseur recherché est en lien avec des facteurs individuels psychopathologiques. La consommation vise à apaiser un état d'angoisse sous jacent, à réfréner des phobies sociales, à calmer un vécu dépressif, à réduire la sensation de malaise : pour se sentir « cool », pour se « déstresser ». Ce que l'on retrouve, est-il besoin de la rappeler, dans d'autres couches de population que les jeunes marginaux. La consommation devient régulière et souvent solitaire.

Cette modalité de consommation amène à insister sur l'indicateur de risques que représente l'usage solitaire en dehors des situations où l'usage est ritualisé, et plus ou moins sous le contrôle d'autrui. Cet usage solitaire inquiétant peut là encore se retrouver avec l'alcool, le cannabis, les tranquillisants...

IV Le cumul des consommations de substances psychoactives

Les polyconsommations et les associations de produits sont un facteur d'aggravation du risque d'intoxication pour toutes les substances psychoactives, mais pour certaines plus que d'autres. Ceci à double titre : d'une part sur le plan pharmaco-biologique il existe des interactions particulièrement dangereuses, d'autre part sur le plan psychosocial il existe des synergies qui renforcent le risque d'ancrer certaines conduites sociales et de surdéterminer un centrage de l'existence sur l'usage de substances.

Cette modalité de consommation amène à insister sur le polyusage chez les jeunes.

V La répétition de ces modalités de consommations

La notion de répétition des prises de risque, des consommations massives ou solitaires, est certainement l'indicateur le plus important, avec le raccourcissement de l'intervalle entre les prises. Par ailleurs, pour des substances dont l'usage traduit principalement une recherche de plaisir en groupe ou en collectivité, sortir des conditions habituelles de consommation expose à des risques plus élevés. Cette répétition traduit le commencement des usages nocifs et l'installation du « craving ».

VI La rupture des liens scolaires et sociaux

Une consommation régulière, corrélée à une rupture des liens scolaires et sociaux doit tout particulièrement alerter : en effet, lorsque des consommations de substances psychoactives s'accroissent dans un contexte d'opposition aiguë avec le milieu d'origine ou de rupture des liens naturels, ces consommations traduisent et aggravent généralement une désocialisation, et les risques sanitaires et sociaux s'accroissent. C'est par exemple le cas lorsqu'un tel usage se produit parallèlement à un « décrochage scolaire chez un adolescent ». On peut le constater d'une façon générale lorsqu'un groupe social ou une société toute entière traverse une crise socio-économique génératrice de fractures sociales et culturelles. Les consommations prennent alors un tour souvent abusif dans les populations les plus touchées.

VII La fréquence des risques croisés

Pour tous les adolescents consommateurs et d'autant plus qu'il y a un cumul et une répétition dans les modalités de consommation, on constate aussi des comportements à risque ou des prises de risque dans d'autres domaines. On peut signaler en particulier :

- la prise de risque avec la conduite des véhicules motorisés (mobylette, moto, voiture) soit en tant que conducteur soit comme passager d'un véhicule conduit par une personne sous l'influence de produits (prise de risque passive).
- les passages à l'acte violents et les problèmes avec la police, souvent dans le cadre d'une déshinhibition due à l'alcool (bagarre avec les pairs, la police, violences diverses).

- les conduites délinquantes liées en particulier à la nécessité de trouver des financement pour se procurer les produits (depuis les « petits » vols jusqu'au racket, à la délinquance organisée et au trafic de produits).
- la sexualité à risque avec engagement immédiat du corps sans recours à une protection, y compris avec des partenaires « à risque potentiel » (toxicomanes avérés, homosexuels). Contrairement aux adolescents tout venant, ces adolescents qui ont une sexualité à risque se caractérisent par la multiplicité concomitante et les fréquents changements de partenaires.

VIII De l'usage festif à l'usage nocif

On peut alors proposer avec Marcelli de définir trois modes de consommation qui permettent de mieux différencier les rapports des adolescents aux produits allant d'une (simple) consommation festive à une consommation à risque dite « addictive » (Marcelli et Braconnier, 1998 ; Marcelli, 1999). Ces modalités de consommation recourent partiellement celles que nous avons définies comme « usage nocif ».

Il distingue donc :

- *la consommation festive et récréative* : malgré un fléchissement scolaire, le cursus est maintenu. Les effets recherchés sont d'ordre euphorisants. Les facteurs de risques familiaux et individuels sont en général absents.
- *la consommation auto-thérapeutique* : consommation plus régulière, avec un décrochage scolaire plus marqué, pouvant aller jusqu'à l'échec scolaire, avec un vie sociale appauvrie. L'effet anxiolytique, couramment recherchée est en lien avec des facteurs individuels psychopathologiques.
- *la consommation toxicomaniaque* : consommation quasi quotidienne, avec le plus souvent exclusion scolaire et sociale, voire même marginalisation. L'effet recherché est celui d'une « anesthésie – défonce ». Les facteurs familiaux et individuels sont plus fréquemment présents et les relations avec l'environnement se font par le biais d'autres pairs déviants.

Ainsi et peut être de façon plus importante à l'adolescence qu'aux autres âges de la vie, la consommation adolescente doit certes prendre en compte la nature du produit et les quantités consommées et les modalités de consommation, mais elle doit aussi prendre en compte les nombreux facteurs de risques associés, le moment de leur apparition, et les différents degrés de vulnérabilité du patient. Ce sont ces facteurs cumulés et répétés qui doivent, selon l'auteur, faire craindre le passage d'une consommation festive à une consommation « addictive » (Marcelli, 1999).

**Principales caractéristiques des types de consommation à l'adolescence
(Marcelli, 1999)**

	Consommation		
	Festive	Autothérapeutique	Toxicomaniacque
Effet recherché	Euphorisant	Anxiolytique	Anesthésiant
Mode social de consommation	En groupe	Solitaire+++	Solitaire et en groupe
Scolarité	Cursus scolaire habituel	Décrochage scolaire Rupture	Exclusion scolaire
Activités	Conservées	Limitées	Marginalisation
Facteurs de risques familiaux	Absents	Absents	Présents
Facteurs de risques individuels	Absents	Présents	Présents

Bibliographie

1. Bailly (D.), Bailly-Lambin (I.), « Consommation de substances et toxicomanie chez l'enfant et l'adolescent : données épidémiologiques et stratégies de prévention », *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), « Pédiatrie », 4-103 B-10, 1999, 8 p.
2. Blackson (T. C.), Butler (T.), Belsky (J.), Ammerman (R. T.), Shaw (D. S.), Tarter (R. E.), "Individual traits and family contexts predicts sons' externalizing behavior and preliminary relative risk ratios for conduct disorder and substance use disorder outcomes", [La personnalité et le contexte familial sont des facteurs prédictifs pour l'évolution des troubles du comportement et des conduites de dépendance], *Drug and Alcohol Dependence*, 1999, 56, (2) 115/131.
3. Choquet (M.), Ledoux (S.), *Adolescents. Enquête nationale*, Paris : INSERM éditions, 1994, 346 p.
4. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC : APA : 1994. Traduction française par Guelfi JD *et al*), Paris : Masson, 1996 – 4th ed.
5. Fountain (J.), Bartlett (H.), Griffiths (P.), Gossop (M.), Boys (A.), Strang (J.), "Why say no? Reasons given by young people for not using drugs" [Pourquoi dire non ? Les raisons pour lesquelles des jeunes disent ne pas consommer de drogues], *Addiction Research*, 1999, 7, (4), 339-353.
6. Höfler (M.), Lieb (R.), Perkonig (A.), Schuster (P.), Sonntag (H.), Wittchen (H. U.), "Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents : a prospective examination of vulnerability and risk factors" [Covariance de la progression de l'usage de cannabis dans un échantillon de population représentatif des adolescents : une étude prospective des facteurs de risque et de la vulnérabilité], *Addiction*, 1999, 94, (11), 1679-1694.
7. INSERM, *Expertise collective « Alcool »*, Paris.
8. INSERM, *Expertise collective « Cannabis »*, Paris.
9. INSERM, *Expertise collective « Ecstasy »*, Paris, 1998.
10. Johnson (P. B.), Boles (S.) (M.), Kleber (H.D.), "The relationship between adolescent smoking and drinking and likelihood estimates of illicit drug use" [Lien entre consommation de tabac et d'alcool chez des adolescent et estimations de la probabilité qu'ils consomment des drogues illicites], *Journal of Addictive Diseases*, 2000, 19, (2), 75-81.
11. Ledoux (S.), Sizaret (A.), Hassler (C.), Choquet (M.), « Consommation de substances psychoactives à l'adolescence : revue des études de cohorte », *Alcoologie et Addictologie*, 2000, 22, (1), 19-40.
12. Lewinsohn (P.) (M.), Rohde (P.), Brown (R.) (A.) "Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood" [Niveau de tabagisme actuel et passé des adolescents en tant que prédicteurs des troubles de l'usage de drogues à l'âge adulte], *Addiction*, 1999, 94, (6), 913-921.
13. Marcelli D, Braconnier (A.), *L'adolescence aux milles visages*, Odile Jacob, 1998, 272 p.
14. Marcelli (D.), « Les consommations de produits », *in* Alvin et Marcelli, *Médecine de l'adolescent*, Paris, Masson, 1999, 237-47.

15. Menetrey (A. C.), « L'alcool, le tabac, des drogues légales toujours bien présentes », in Michaud et Alvin, *La santé des adolescents. Approches, soins et prévention*, Payot, Lausanne, Doin, Paris, Presses de l'Université de Montréal, 1997, 386-95.
16. Mouren-Simeoni, Vantalon (V.), « Les conduites addictives aux substances licites et illicites chez l'enfant », in Bailly (D.), Venisse (J.-L.), *Addictions et psychiatrie*, Paris, Masson, 1999, 91-106.
17. Tassin (J.-P.), Doray (B.), Fuhrer (R.), Mormede (P.), *Variabilités individuelles des sensibilités à la dépendance*, Paris, INSERM, 2000, « Questions en santé publique », 115 p.
18. Vitaro (F.), Tremblay (R. E.), Zoccolillo (M.), « Père alcoolique, consommation de psychotropes à l'adolescence et facteurs de protection » [Alcoholic father, drug use in adolescence and protective factors] *Revue canadienne de psychiatrie*, 1999, 44, (9), 901-908.
19. Wu (L. T.), Anthony (J.-C.), "Tobacco smoking and other suspected antecedents of nonmedical psychostimulant use in the United States, 1995" [Le tabagisme et autres antécédents probables de l'usage non-médical de psychostimulants. Données de l'enquête nationale américaine sur l'abus de drogues, 1995] *Substance Use and Misuse*, 1999, 34, (9), 1243-1259.
20. Zuckerman (M.), *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*, New York, Cambridge University Press, 1994.

Chapitre III **Les risques de dommages liés à la consommation de substances psychoactives : synthèse**

I Les risques de dommages spécifiquement liés à la consommation de substances psychoactives

Il convient, afin d'être clair et compréhensible, de bien individualiser les différents types de dommages que peut entraîner la consommation de substances psychoactives. Cette classification permet de faire clairement comprendre les différents types de risques encourus limitant ainsi la part de subjectivité des lecteurs qui peuvent tendre, selon leur position sociologique et leurs habitudes de consommation, soit vers la banalisation de l'usage soit vers la diabolisation.

Nous proposons donc une classification séparant :

- Les dommages aigus possibles en :
 - risques d'accidents ;
 - risque de troubles du comportement ;
 - risque sanitaire.
- Les dommages encourus du fait de la consommation pendant la grossesse.
- Les dommages liés à la consommation régulière en :
 - risque de dépendance ;
 - risque sanitaire ;
 - risque psychologique et psychiatrique ;
 - risque social.
- Et en précisant, pour chacun de ces dommages possibles, le degré de risque :
 - élevé ou très grave ;
 - moyen ;
 - rare ou peu grave ;
 - absent.

II Les risques de dommages : tableaux

Ces tableaux ont été établis à partir des textes qui ont servi de base à l'élaboration du rapport et qui sont présentés en annexe de celui-ci. Il s'agit d'une synthèse forcément schématique mais qui représente bien la réalité des risques et qui est conforme aux différentes expertises entreprises sur les différents produits. En ce qui concerne le risque de dépendance nous nous sommes appuyés sur l'étude de Woody (présentée en paragraphe III du même chapitre) qui a l'avantage de comparer les différents produits consommés et qui correspond à peu de choses près aux données concernant la dépendance établies spécifiquement pour chaque produit.

Les risques de dommages liés à la consommation d'alcool

LES DOMMAGES		Consommation régulière					
Consommation aiguë		Pendant la grossesse					
Accidents	Troubles du comportement	sanitaires		Risque de dépendance (il est évalué en fonction du niveau de consommation)	Risque sanitaire	Risque psychologique et psychiatrique	Risque social
<ul style="list-style-type: none"> ↳ accidents - de la circulation - du travail - domestique 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Violence ↳ Homicide ↳ Comportement s sexuels à risque 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ coma ↳ hépatite aiguë ↳ troubles du rythme cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ embryofœto pathie 	<p>■ sévère □ légère (absente)</p> <p>120% 100% 80% 60% 40% 20% 0%</p> <p>basse intermédiaire haute consommation</p> <p>3 à 5 % de consommateurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↳ cancer : <ul style="list-style-type: none"> - ORL - oesophage - foie ↳ cardiovasculaire - cardiomyopathie - hypertension ↳ digestif <ul style="list-style-type: none"> - cirrhose - pancréatite Mortalité : <ul style="list-style-type: none"> - 40.000 morts 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ détérioration ↳ suicide ↳ altération cognitive ↳ altération relationnelle ↳ dépression 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ désinsertion sociale ↳ problèmes judiciaires
RISQUES	Elevé	Elevé	Elevé	Assez faible	Elevé	Moyen	Elevé
Ils sont liés :							
<ul style="list-style-type: none"> • aux facteurs de vulnérabilité individuelle • aux facteurs d'environnement • aux caractéristiques de l'usage 							
<ul style="list-style-type: none"> — Certaines situations : <ul style="list-style-type: none"> - conduite automobile 							
						<ul style="list-style-type: none"> — A la quantité et à la durée <ul style="list-style-type: none"> - Seuil d'information : <ul style="list-style-type: none"> ↳ $\sigma > 21$ verres/s - $\varphi > 14$ verres/s - Seuil d'intervention : <ul style="list-style-type: none"> ↳ $\sigma > 35$ verres/s - $\varphi > 21$ verres/s ↳ > 5 verres par occasion 	
						<ul style="list-style-type: none"> — Certaines modalités d'usage : <ul style="list-style-type: none"> - toute consommation avant 15 ans - association de produits/polyconsommation - recherche d'excès - usage autothérapeutique 	

Les risques de dommages liés à la consommation de tabac

LES DOMMAGES			Consommation régulière			
Consommation aiguë		Pendant la grossesse				
Accidents	Troubles du comportement	santiers	Risque de dépendance (il est évalué en fonction du niveau de consommation)	Risque sanitaire	Risque psychologique et psychiatrique	Risque social
<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Incendie ⊗ Conduite automobile en fumant 		<ul style="list-style-type: none"> ⊗ absent sauf chez les cardiaques 		<ul style="list-style-type: none"> ⊗ cancer : <ul style="list-style-type: none"> - ORL - poumons - vessie ⊗ pulmonaire - emphysème - bronchite chronique ⊗ cardiovasculaire - angine de poitrine - artérite - infarctus - AVC <p>Mortalité : 60000 morts 50 % des consommateurs réguliers (>20 cigarettes/jour) mourront d'une complication du tabagisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ dépression lors du sevrage 	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ tabagisme passif
RISQUES	Faible	Absent	Moyen	Elevé	Elevé	Faible
Ils sont liés : <ul style="list-style-type: none"> • aux facteurs de vulnérabilité individuelle • aux facteurs d'environnement • aux caractéristiques de l'usage <ul style="list-style-type: none"> → Certaines situations : <ul style="list-style-type: none"> - conduite automobile 						
grossesse <ul style="list-style-type: none"> → Certaines modalités d'usage : <ul style="list-style-type: none"> - toute consommation avant 15 ans - association de produits/polyconsommation - recherche d'excès - usage autothérapeutique 						
→ A la quantité et à la durée <ul style="list-style-type: none"> - Seuil d'information : <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Toute consommation - Seuil d'intervention : <ul style="list-style-type: none"> ⊗ 10 cigarettes/j ⊗ Fumer le matin 						

Les risques de dommages liés à la consommation de cannabis

Consommation aiguë		LES DOMMAGES					
		Consommation régulière					
Accidents	Troubles du comportement	sanitaires	Pendant la grossesse	Risque de dépendance (il est évalué en fonction du niveau de consommation)	Risque sanitaire	Risque psychologique et psychiatrique	Risque social
<ul style="list-style-type: none"> ↳ accidents - de la circulation Moyen - du travail - domestique mal évalué 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ ivresse canabique ↳ délire ↳ anxiété ↳ agressivité 		<ul style="list-style-type: none"> ↳ embryofœtopathie 	<p>5 à 10 % des consommateurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↳ pulmonaire - bronchite - emphysème - cancer 4 joints = 20 cigarettes ↳ cardiovasculaire ↳ immunitaire 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ altération - attention - mémoire - cognitive - relationnelle ↳ syndrome amotivationnel ↳ états délirants rares 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ désinsertion sociale et scolaire ↳ problèmes judiciaires
RISQUES	Moyen	Faible	Insuffisamment évalué	Faible	Faible (mais très souvent + risque fagagisme)	Moyen	Moyen

Ils sont liés :

- aux facteurs de vulnérabilité individuelle
- aux facteurs d'environnement
- aux caractéristiques de l'usage
 - Certaines situations :
 - conduite automobile
 - grossesse

–Certains modalités d'usage :

- toute consommation avant 15 ans
- association de produits/polyconsommation
- recherche d'excès
- usage autothérapeutique

– A la quantité et à la durée

- Seuil d'information :
 - ↳ toute consommation
- Seuil d'intervention :
 - ↳ Consommation quotidienne - Ivresse canabique (> 4 joints)

Les risques de dommages liés à la consommation de drogues et psychostimulants

		LES DOMMAGES					
		Pendant la grossesse		Consommation régulière			
Accidents	Consommation aiguë			Risque de dépendance (il est évalué en fonction du niveau de consommation)	Risque sanitaire	Risque psychologique et psychiatrique	Risque social
	Troubles du comportement sanitaires Amphétamines, ecstasy ↳ hyperthermie ↳ déshydratation ↳ convulsions ↳ décès = rares ↳ hépatite ↳ encéphalopathie = rares ↳ troubles anxieux ↳ confusion = moyens LSD ↳ hallucinations ↳ troubles délirants Moyen	↳ embryofetopathie		<p>LSD = absent Amphétamines, ecstasy PCP, anticholinergique, Kélamine, inhalants = moyen Moyen</p>	Moyen	↳ altération cognitive et relationnelle (mal évaluée) ↳ isolement ↳ désintérêt liés à la quantité et fréquence ↳ états anxio-dépressif ↳ états délirants : rares Moyen	Moyen
RISQUES	Insuffisamment évalué Moyen	Insuffisamment évalué (vraisemblablement élevé)		Moyen	Moyen	Moyen	Moyen
Ils sont liés : <ul style="list-style-type: none"> aux facteurs de vulnérabilité individuelle aux facteurs d'environnement aux caractéristiques de l'usage <ul style="list-style-type: none"> Certaines situations : <ul style="list-style-type: none"> conduite automobile 	grossesse		- toute consommation avant 15 ans - association de produits/polyconsommation (alcool, médicaments, amphétamines, hallucinogènes, cocaïne) - méconnaissance des produits et des doses - recherche d'excès - usage autothérapeutique		- A la quantité et à la durée - Seuil d'information : ↳ toute consommation - Seuil d'intervention : ↳ en fonction des modalités de consommation		

Les risques de dommages liés à la consommation de substances psychoactives

Risques	Lors de consommation aiguë			Pendant la grossesse	Lors de consommation régulière				
	Accidents	Troubles du comportement	sanitaires		Risque de dépendance (il est évalué en fonction du niveau de consommation)	Risque sanitaire	Risque psychologique et psychiatrique	Risque social	
ELEVES	alcool	Alcool Cocaïne (rare mais grave) Benzodiazépines (rare mais grave)	Héroïne Cocaïne (rare mais grave)	Alcool Héroïne cocaïne	Héroïne Cocaïne tabac	Tabac Alcool Héroïne	cocaïne	Héroïne Cocaïne Alcool	
MOYENS	Cannabis Benzodiazépines	Drogues de synthèse héroïne	Drogues de synthèse alcool	tabac	benzodiazépines	Cocaïne Drogues de synthèse	Drogues de synthèse Alcool Cannabis héroïne	Drogues de synthèse Cannabis	
FAIBLES	tabac	cannabis	Cocaïne benzodiazépines	cannabis	Cannabis Alcool Drogues de synthèse	Cannabis Benzodiazépines	Benzodiazépines tabac	Benzodiazépines tabac	
INCONNUS	Drogues de synthèse Cocaïne héroïne			Drogues de synthèse Benzodiazépines Cannabis					
Les risques sont évalués en fonction de la fréquence et de la gravité des complications					Les risques sont aussi liés :				
Les risques sont proportionnels					✓ au sexe				
✓ aux quantités consommées,					✓ à la vulnérabilité individuelle				
✓ à la durée de la consommation					✓ aux facteurs d'environnement				
✓ à l'association de produits (multiplication des risques)									

III Le risque d'installation d'une dépendance

Peu de travaux ont étudié comparativement le risque de dépendance aux diverses substances psychotropes. L'enquête réalisée par G. Woody en 1993 apporte des faits précis à partir d'un travail réalisé à l'Université de Washington.

Environ 1 100 sujets furent interrogés dans le cadre d'une étude s'appuyant sur les critères du DSM IV. Le critère de recrutement était l'usage de la substance à plus de 6 reprises au cours de la vie.

Les critères 1 à 9 et le critère 11 du DSM IV furent utilisés pour évaluer la dépendance, selon le nombre d'items présents (absence de dépendance, dépendance faible, dépendance moyenne ou forte) et ainsi la quantifier. Un autre score fut établi, basé sur l'intensité et la fréquence de l'utilisation les sujets classés en trois groupes : consommation faible, moyenne ou forte. Les résultats sont résumés dans les tableaux suivants tirés de l'article de G. Woody

Sévérité de la dépendance à l'héroïne en fonction de la consommation

Consommation (score composite/dose/fréquence)				
Dépendance (selon le nombre de critères DSMIV)	Basse	Intermédiaire	Haute	Total
0-2 absente	36 %	7 %	10 %	18 %
3-4 légère	4 %	9 %	13 %	9 %
5-6 moyenne	11 %	9 %	5 %	9 %
7-9 sévère	49 %	74 %	72 %	64 %

Sévérité de la dépendance à la cocaïne en fonction de la consommation

Consommation (score composite/dose/fréquence)				
Dépendance (selon le nombre de critères DSMIV)	Basse	Intermédiaire	Haute	Total
0-2 absente	29 %	7 %	6 %	14 %
3-4 légère	15 %	11 %	5 %	10 %
5-6 moyenne	20 %	21 %	16 %	19 %
7-9 sévère	36 %	62 %	73 %	57 %

Sévérité de la dépendance aux amphétamines en fonction de la consommation

Consommation (score composite/dose/fréquence)				
Dépendance (selon le nombre de critères DSMIV)	Basse	Intermédiaire	Haute	Total
0-2 absente	84 %	54 %	31 %	57 %
3-4 légère	13 %	28 %	13 %	18 %
5-6 moyenne	3 %	5 %	25 %	11 %
7-9 sévère	0 %	13 %	31 %	15 %

Sévérité de la dépendance à l'alcool en fonction de la consommation

Consommation (score composite/dose/fréquence)				
Dépendance (selon le nombre de critères DSMIV)	Basse	Intermédiaire	Haute	Total
0-2 absente	88 %	45 %	8 %	47 %
3-4 légère	8 %	22 %	12 %	14 %
5-6 moyenne	3 %	15 %	19 %	12 %
7-9 sévère	1 %	17 %	61 %	27 %

Sévérité de la dépendance au cannabis en fonction de la consommation

Consommation (score composite/dose/fréquence)				
Dépendance (selon le nombre de critères DSMIV)	Basse	Intermédiaire	Haute	Total
0-2 absente	85 %	53 %	35 %	59 %
3-4 légère	11 %	21 %	24 %	18 %
5-6 moyenne	2 %	14 %	23 %	13 %
7-9 sévère	3 %	12 %	17 %	10 %

Sévérité de la dépendance au tabac en fonction de la consommation

Consommation (score composite/dose/fréquence)				
Dépendance (selon le nombre de critères DSMIV)	Basse	Intermédiaire	Haute	Total
0-2 absente	18 %	14 %	5 %	13 %
3-4 légère	28 %	30 %	22 %	27 %
5-6 moyenne	34 %	39 %	51 %	40 %
7-9 sévère	19 %	17 %	23 %	20 %

Si l'on compare l'importance de la consommation et celle de la dépendance, on voit que même pour une faible consommation, une dépendance moyenne ou forte est présente dans :

- 60 % des cas pour l'héroïne ;
- 56 % des cas pour la cocaïne ;
- 53 % pour le tabac ;
- alors que pour l'alcool, le cannabis et les amphétamines, les chiffres sont inférieurs à 10 %.

Les trois substances ayant le pouvoir addictif le plus fort sont l'héroïne, la cocaïne et la nicotine de la feuille de tabac ; mais l'intensité de la dépendance est différente pour chacune d'entre elles : pour l'héroïne une dépendance forte est présente dans 64 % des cas, le chiffre est de 57 % pour la cocaïne et seulement 20 % pour le tabac. Si l'on regroupe les dépendances moyenne et forte, les substances se répartissent ainsi :

- 60 % des cas et plus pour l'héroïne-la cocaïne et le tabac ;
- environ 40 % pour l'alcool ;
- moins de 25 % pour le cannabis – les amphétamines.

Chapitre III

Les risques de dommages liés à la consommation de substances psychoactives : synthèse

Sévérité de la dépendance selon les critères du DSMIV

Dépendance	Héroïne	Cocaïne	Amphétamines	Alcool	Cannabis	Tabac
Absente	18 %	14 %	57 %	47 %	59 %	13 %
Faible	9 %	10 %	18 %	14 %	18 %	27 %
Moyenne	9 %	19 %	11 %	12 %	13 %	40 %
Forte	64 %	57 %	15 %	27 %	10 %	20 %

Ainsi, schématiquement ces substances se différencient très nettement en deux groupes, selon leur pouvoir addictif. Celui-ci est fort pour héroïne-cocaïne-tabac, faible pour alcool-amphétamines¹-cannabis. Bien évidemment pour obtenir une évaluation du nombre de sujets dépendants à un produit il faut croiser les données de consommation (nombre de consommateurs et quantités consommées) avec le pouvoir addictif de ce produit.

¹ Ce travail porte sur les amphétamines et ne peut pas être extrapolé à l'ectasy, bien que les données disponibles paraissent assez proches

Bibliographie

1. Ades (J.), Lejoyeux (M.), *Alcoolisme et psychiatrie*, Paris, Masson, 1997-2001.
2. Cho (A. K.), Segal (D. S.), *Amphetamine and its analogs, psychopharmacology, toxicology and abuse* [L'amphétamine et ses analogues : psychopharmacologie, toxicologie et abus], San Diego, CA, Academic Press, 1994, 503 p.
3. Crowley (T. J.), Macdonald (M. J.), Whitmore (E. A.), Mikulich (S. K.), "Cannabis dependence, withdrawal, and reinforcing effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders", *Drug Alcohol Depend*, 1998, **50** : 27-37.
4. Ferraro (F.), *La grossesse et les drogues*, Paris, PUF, « Que sais-je », n° 3411, 1998, 127 p.
5. Hall (W.), Babor (T. F.), "Cannabis use and public health : assessing the burden", *Addiction*, 2000, **95** (4), 485-490.
6. Lagier (L.), Got (C.), Rudler (M.), Le Chuiton (J.), Dally (S.), Facy (F.), Lafargue (P.), Sansoy (P.), Tourre (A.) *Livre blanc : sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments*, Paris, ministère des Transports, direction de la Sécurité routière, 1995, 188 p.
7. Mura (P.), *Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile*, Paris, Elsevier, 1999, « Option Bio », 239 p.
8. Reynaud (M.), Parquet (P.-J.), *Les personnes en difficultés avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance : propositions*, Paris, CFES, 1999.
9. Richard (D.), Senon (J.-L.), *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Paris, Larousse, 1999, « Les Référents », 433 p.
10. Richard (D.), *Coca et cocaïne*, Paris, PUF, 1994, « Que sais-je ? », n° 2920.
11. Richard (D.), Senon (J.-L.), *Le cannabis*, Paris, PUF, 1996, « Que sais-je ? », n° 3084.
12. Roques (B.-P.) (sous la direction du pr.), *La dangerosité des drogues*, Paris, Odile Jacob, 1998. [Rapport effectué à la demande de M. B. Kouchner, secrétariat d'État à la Santé].
13. Solowij (N.) "Do cognitive impairments recover following cessation of cannabis use?", *Life Sci*, 1995, **56** : 2119-2126.
14. Woody (G. E.), Cottler (L. B.), Cacciola (J.), "Severity of dependence : data from the DSM-IV field trials", *Addiction*, 1993, **88**(11), 1573-9.

Chapitre IV **Les facteurs psychosociaux de risque, de gravité et de protection**

Jacques Béraud,
Daniel Marcelli,
Jean-Luc Venisse,
Michel Reynaud

I Présentation

Facteurs de risque, indicateurs de gravité, facteurs de protection : éléments diagnostiques et pronostiques

L'installation d'un usage nocif puis, le cas échéant, d'une dépendance dépend, outre les facteurs propres liés au produit, des facteurs de risques individuels et environnementaux. La bonne connaissance de ces facteurs de risques individuels ou d'environnement est absolument capitale. Elle permet des actions de prévention ciblées sur ces individus ou ces contextes de vulnérabilité, grâce à la mise en place d'un soutien psychosocial adapté et précoce.

Le repérage de ces éléments individuels ou environnementaux constitue également **un élément diagnostique et pronostic de toute première importance**. En effet, l'existence de ces facteurs, lorsqu'elle est conjointe à la consommation de produits psychotropes, laisse fortement présager l'installation d'un usage nocif puis d'une dépendance. En effet, **ces facteurs sont à la fois facteurs de risque d'usage nocif mais également indicateurs de gravité lorsque la consommation nocive est installée** : les travaux cliniques et épidémiologiques retrouvent aussi bien comme facteurs de risques de l'usage nocif et de la dépendance que comme les indicateurs de gravité de ces conduites.

À l'inverse, il faut noter que **les facteurs de protection** que nous allons être amenés à décrire **sont également des facteurs de bon pronostic** lorsqu'on les retrouve chez un sujet consommateur de

psychotropes, que celui-ci soit un usager simple ou présente un usage nocif ou une dépendance.

La description des éléments de vulnérabilité individuels ou sociaux qui va suivre peut sembler concerner préférentiellement les sujets jeunes. Ceci correspond également à l'apparence clinique car chez l'adolescent, ce sont les éléments de souffrance individuelle ou sociale qui prennent le devant du tableau, pouvant même masquer pour l'observateur un peu averti des modalités de consommations à risque participant à cette souffrance. Chez l'adulte, à l'inverse, les modalités de consommations pathologiques sont souvent évidentes et dominant le tableau (d'autant que la dépendance est souvent déjà présente ou en cours d'installation) : ces modalités de consommation et les dommages entraînés rendent parfois moins perceptibles les signes de vulnérabilité que nous allons décrire.

Pourquoi insister sur les caractéristiques de vulnérabilité des enfants et des adolescents

La consommation de substances psychoactives apparaît, à notre époque, de plus en plus répandue chez les enfants, et surtout chez les adolescents. Les différents acteurs sociaux, scolaires, professionnels et sanitaires, ainsi que les payeurs, doivent faire face à des comportements nouveaux et sont sollicités pour donner des réponses pour lesquelles ils ne sont pas préparés.

À ce titre, les différents déterminants qui interviennent, individuels, socioculturels et environnementaux, doivent être mieux connus de tous, d'autant plus qu'à cet âge l'évolutivité de la consommation de substances psychoactives doit être considérée par rapport à la globalité dynamique de l'individu, et non pas par rapport à la seule stigmatisation du produit.

Chez l'enfant, les conduites de consommation sont moins bien connues et ont été moins bien étudiées qu'à l'adolescence. Pourtant, elles ont l'intérêt majeur de signaler des jeunes enfants pré-pubères à grand risque car la consommation chez l'enfant semble refléter des facteurs environnementaux (familiaux, sociaux, ...) très défavorables.

Les difficultés de repérage clinique, à l'aide de critères diagnostiques validés à cet âge et d'outils d'évaluation fiables rendent les appréciations qualitatives et quantitatives de chacun encore très subjectives, d'autant plus que les modes de consommation changent.

Avec l'apparition de « poly-consommations » et un âge de premier contact avec le produit qui diminue, mieux connaître les facteurs de vulnérabilité et de protection en fonction de l'âge, devrait aider chaque

acteur à mieux repérer cette population à risque et à mettre en pratique des conduites à tenir mieux adaptées.

II Les indicateurs de risques individuels

A Les caractéristiques de personnalité et les signes de rupture dans le développement

Début des troubles dans l'enfance et à l'adolescence

D'un point de vue global et à travers l'apparente multiplicité et complexité des situations individuelles, on peut d'emblée distinguer deux types de situations à risques :

– d'une part les enfants ou adolescents qui présentent des troubles psychiques ou somatiques en lien avec des antécédents psychopathologiques précoces de la petite enfance, tels que des troubles persistants du sommeil, une discontinuité précoce dans les relations affectives familiales, des carences affectives et socio-éducatives importantes, ainsi que des absences et des ruptures relationnelles répétées ;

– d'autre part, l'émergence de difficultés au moment de l'adolescence, telles que des symptômes dépressifs, des troubles du comportement de type troubles des conduites sociales (absentéisme scolaire, fugues du domicile parental, vols, bagarres, caractère agressif, ...), des troubles somatiques (malaises, ...), qui s'opposent au profil précédent par leur constitution spécifiquement marquée par la problématique de la dépendance et du manque lors de l'adolescence (Marcelli, 1999) ;

– enfin l'adolescence en tant que telle et la période pubertaire en particulier pourraient représenter une période de sensibilité particulière au maintien prolongé d'une dépendance à un produit. Ainsi, DeWit et coll. (2000) montrent dans leur enquête prospective que le pourcentage de sujets ayant une consommation abusive ou une dépendance à l'alcool, 10 ans après le début de leur consommation, est d'autant plus élevé que le sujet a débuté sa consommation autour 11/14 ans.

Il convient de distinguer quelques spécificités cliniques en fonction du sexe :

– *chez les filles* : troubles somatiques, troubles névrotiques post-traumatiques, dysthymies et trouble dépressif majeur, activité sexuelle précoce avec grossesse à risque ;

– *chez les garçons* : comportements perturbateurs avec hyperactivité et déficit de l'attention, trouble des conduites sociales, trouble dépressif majeur ; (Choquet *et al*, 1994 ; Fergusson *et al*, 1994 ; Clark *et al*, 1997 ; Whitmore *et al*, 1997).

Dans cette perspective de vigilance par rapport au début des troubles, **la précocité du début de la consommation** de substances psychoactives est un des facteurs les plus prédictifs de la survenue d'un usage nocif à la fin de l'adolescence, indépendamment d'un trouble associé (Brook *et al*, 1998 ; Bailly *et al*, 1997 ; 1999 ; Ledoux *et al*, 2000).

Les traits de personnalité et le tempérament

D'autres auteurs (Bailly *et al*, 1999), insistent plus sur les traits de personnalité (manière d'être au monde, originale et personnelle, d'un sujet, résultant des interactions entre le sujet et son environnement) tels que :

- la faible estime de soi ;
- l'auto-dépréciation ;
- la timidité ;
- les réactions émotionnelles excessives ;
- la difficulté à faire face aux événements et à établir des relations stables et satisfaisantes ;
- les difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels.

D'autre part, il semble qu'en relation avec les facteurs de personnalité, le tempérament puisse intervenir comme un ensemble d'attitudes, de conduites et de comportements stables dans le temps, dont certains se sont révélés particulièrement prédictifs de la survenue d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool et de drogues à l'adolescence. Masse *et al*, 1997 ; Bailly *et al*, 1999)

On peut retrouver :

- un niveau élevé de recherche de sensations ;
- un niveau élevé de recherche de nouveautés ;
- un faible évitement du danger ;
- un niveau élevé d'activités comportementales associées à de faibles capacités attentionnelles ;
- un niveau élevé de réactivité émotionnelle ;
- un retour lent à l'équilibre après un stress ;
- un faible niveau de sociabilité.

Ces études chez l'enfant et l'adolescent doivent être modulées et prises avec plus de distance que chez l'adulte car la personnalité comme le caractère, à ces âges de la vie, sont loin d'être fixés et sont voués au changement.

Selon les produits : pour le **tabac**, la recherche de nouveautés serait prédictive de l'initiation tabagique, notamment quand elle est associée à un score bas à l'échelle « d'évitement de la douleur ». La

« dépendance à la récompense » évoquée par Zuckerman n'interviendrait pas. En ce qui concerne l'**alcool**, une recherche de nouveautés élevée et un faible évitement de la douleur serait prédictif de la consommation et des ivresses. Ces deux dimensions prédiraient aussi l'initiation aux **drogues illicites** (Masse *et al*, 1997).

Les perturbations du comportement

Les études réalisées sur les fils de pères alcooliques, au plan de la personnalité, du tempérament et surtout du comportement retrouvent des individus plus sensibles au renforcement négatif lié à l'hyper réactivité du système nerveux autonome, avec un fonctionnement cognitif perturbé ou déficitaire. Ces perturbations entraînent des difficultés de régulations comportementales et des tendances agressives ou turbulentes déjà remarquées précocement chez ces enfants à risque de consommation de psychotropes à l'adolescence.

Ces problèmes de comportements perturbateurs précoces dans l'enfance et notamment le **caractère agressif** sont très sensiblement associés à l'émergence d'usage et d'abus de substances à l'adolescence et chez l'adulte jeune.

Ces difficultés sont souvent accompagnées :

- de lacunes au niveau des habiletés sociales avec incapacité d'anticiper les conséquences d'une action ;
- de manque d'autocontrôle ;
- de difficultés à s'affirmer ;
- d'un retrait social.

Tous ces facteurs de tempérament et de comportement semblent largement sous-tendre l'émergence de troubles des conduites à l'enfance tardive ou à l'adolescence, avec une exacerbation liée à l'influence négative des familles, ce qui entraîne en particulier un manque de renforcement positif des conduites appropriées. L'individu va donc rechercher les regroupements en bandes de pairs déviants avec « leurs normes », regroupements qui ne feront qu'accentuer l'augmentation du trouble des conduites et l'utilisation et l'usage nocif de substances psychoactives renforcés intrinsèquement par les liens de la bande et par l'augmentation des conflits avec les pairs « normaux » (Vitaro *et al*, 1994).

Les événements de vie

Les événements de vie et les expériences individuelles ont aussi une grande importance dans ces facteurs de vulnérabilité, notamment :

- la perte et le deuil ;

- les grossesses non désirées ;
- les histoires d’abus sexuels forcés (viols ou incestes) Les adolescentes, chez lesquelles intervient une grossesse, associée à un problème de santé mentale, semblent avoir un risque majeur d’usage de substances (Swadi, 1999) ;
- les maladies graves ;
- l’absence de domicile fixe.

Ces différents éléments sont intimement liés à l’usage et l’abus d’alcool et de drogues à l’adolescence et à l’âge adulte. Lanz, 1995 ; Johnsen et Harlow, 1996 ; Kral *et al*, 1997).

Les signes d’une rupture dans le développement

On peut surtout citer :

- l’arrêt des activités auparavant fortement investies (de loisirs et sportives notamment) ;
- la modification de la relation au corps, à type de haine du corps et particulièrement du corps sexué.

Tous ces facteurs individuels, notamment les traits de tempéraments précédemment cités (haut degré de recherche de nouveauté et faible évitement du danger) et les difficultés de régulation des affects et du comportement, associés aux performances scolaires faibles ou à l’échec scolaire, aux attitudes et croyances favorables sur l’abus ou l’usage de substances, à la tolérance pour la déviance sociale, à un faible attachement religieux, ont un lien direct avec un risque précoce pour l’initiation à l’abus de substances psycho-actives (Blum, 1987 ; AACAP, 1997 ; Weinberg *et al*, 1998 ; Belcher *et al*, 1998 ; Swadi, 1999).

B La comorbidité psychiatrique

L’association de troubles psychopathologiques aux conduites addictives, notamment chez les enfants et les adolescents qui présentent un abus à l’alcool et aux drogues est soulignée par de nombreuses études. Néanmoins, les liens qui les unissent restent complexes (facteurs favorisants, conséquences, simples cooccurrences).

L’apparition de ces troubles est d’autant plus importante qu’elle peut renforcer le passage d’une consommation festive à un mode de consommation auto-thérapeutique ou toxicomaniaque (Marcelli, 1999).

De nombreux troubles sont souvent repérés, tels que les troubles anxieux, les troubles du sommeil, les troubles de l’humeur, les troubles du comportement alimentaire, les troubles impulsifs et antisociaux, les conduites à risque à répétition, ... Certains troubles sont plus

fréquemment et plus péjorativement associés à un abus de substances psychoactives chez l'enfant ou l'adolescent.

La survenue précoce de ces troubles psychiques peut, selon les études, multiplier par deux le risque de développer un abus ou une dépendance. Dans les 2/3 des cas environ, ces troubles précèdent l'apparition de l'abus de substances (Bailly *et al*, 1999).

Les troubles des conduites – l'hyperactivité avec déficit de l'attention

Si l'apparition de comportements perturbateurs et d'un trouble des conduites précoce dans l'enfance semblent être des indicateurs incontestables et des facteurs de risques majeurs dans la prise de toxiques par la suite (Kandel *et al*, 1999), les liens avec le trouble hyperactivité / déficit de l'attention sont les objets d'opinions contradictoires comme facteur de risque à part entière (rôle « direct », rôle « indirect » par l'intermédiaire du trouble des conduites sociales ou d'une personnalité antisociale).

Plusieurs auteurs ont surtout mis l'accent sur les comportements **agressifs** présents à la petite enfance qui, par le biais de conduites de déscolarisation (école buissonnière, retards scolaires), et de conduites violentes ou délictueuses (bagarres, fugues, racket, vols ...) auraient une plus forte propension à précéder et à favoriser l'émergence de l'usage nocif de substances à l'adolescence et chez l'adulte jeune. Vénisse ; Vitaro *et al*, 1994 ; Weinberg *et al*, 1998 ; Belcher *et al*, 1998 ; Bailly *et al*, 1999)

Les données principales montrent que les enfants hyperactifs suivis jusqu'à l'âge adulte sont à haut risque de développer des troubles liés à l'utilisation de substances, sans que ce risque soit du à une plus grande exposition aux drogues, mais plutôt à l'apparition d'un trouble des conduites. Ceci souligne que le trouble hyperactivité / déficit de l'attention n'est pas directement un facteur prédictif de l'utilisation de substances, mais plutôt de la survenue de troubles liés directement à l'usage nocif de substances (Klein et Mannuzza, 1999). C'est plus la persistance de conduites délinquantes, que l'hyperactivité, qui est très largement corrélée à la persistance de consommation de substances psychoactives (Loeber *et al*, 1999).

Les troubles de l'humeur

L'apparition de troubles de l'humeur par rapport à l'utilisation de substances psychoactives diverge suivant le type de trouble : si les dysthymies précèdent le plus souvent les conduites de consommations et

les usages nocifs, les dépressions majeures et les troubles bipolaires peuvent survenir avant, en même temps ou postérieurement.

Il est à noter aussi la plus grande fréquence de comportements suicidaires associés en présence de l'association troubles de l'humeur et consommation de produits. Par contre, il n'y a pas de lien évident entre tentative de suicide isolée et consommation de produits. Berthaut et Marcelli, 2000)

La précocité de l'apparition d'une dépression multiplierait par deux le risque de développer un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, et selon les études, un tiers des enfants issus de parents ayant une maladie bipolaire, présenteraient une variation modérée de l'humeur, associée à des abus d'alcool ou de drogue, qui évoluerait plus tard, par la suite vers un authentique trouble bipolaire (Akiskal *et al.*, 1985 ; Bukstein *et al.*, 1992, 1993 ; Hovens *et al.*, 1994 ; Bailly *et al.*, 1999).

Il est à noter que cette co-morbidité (trouble de l'humeur – usage nocif de substances) est surtout marquée chez les adolescents déprimés pubères (Mouren-Siméoni *et al.*, 1999). Elle a fait poser la question du concept « d'équivalent dépressif » pour essayer de formaliser que ces deux troubles pourraient être les phases successives d'un seul et même processus psychopathologique (Bailly, 1995).

L'Association trouble des conduites – trouble de l'humeur

La présence simultanée d'un trouble des conduites et d'un trouble de l'humeur augmenterait le taux de prévalence de l'usage nocif de substances psychoactives à l'adolescence. Dans ces cas-là, la présence notable d'un trouble de l'attention et / ou de l'hyperactivité ou d'un trouble impulsif, pourrait renforcer l'apparition par la suite d'une délinquance importante (Greenbaum *et al.*, 1991).

Les troubles anxieux

Le peu d'études et de données sur les liens entre troubles anxieux et abus de substances psychoactives ne permet pas de mettre en évidence de relations étroitement définies. Par contre, la séquence de développement est en faveur d'une pré-existence des troubles anxieux.

L'influence sur le développement d'un trouble d'utilisation de substances en lien avec un trouble anxieux serait différent selon l'âge : plutôt inhibitrice chez l'enfant, et plutôt facilitatrice à l'adolescence (Wilens *et al.*, 1997).

L'angoisse de séparation serait le seul trouble anxieux à constituer principalement un réel facteur de risque, même si on repère, comme chez l'adulte, la présence de troubles anxio-phobiques (trouble panique et phobie sociale, mais aussi anxiété généralisée, stress post-traumatique) qui ne seraient que secondaires au trouble angoisse de séparation. Ceci va dans le sens d'une séquence trouble émotionnel de l'enfance (trouble angoisse de séparation) – troubles addictifs (Bailly *et al.*, 1999 ; Bailly – Lambin *et al.*, 1999).

À ce titre, Johnston *et al.* (1986) ont montré que 40 % d'une population d'adolescents consommateurs abusifs d'alcool ou de drogues avaient comme motivation principale de leur consommation une diminution de l'inquiétude et de la tension psychique. Ceci se rapproche du mode de consommation auto-thérapeutique.

Autres

Plus rarement, on peut citer :

- les troubles psychosomatiques ;
- les troubles du comportement alimentaire.

Comme on vient de le voir, même s'il existe des troubles psychopathologiques co-morbides pouvant représenter des indicateurs de risque majeur, c'est surtout devant l'apparition précoce, **la persistance, la répétition et le cumul** de ces manifestations pathologiques que le jeune enfant et l'adolescent vont progressivement s'engager dans une consommation de type auto-thérapeutique ou toxicomaniaque (Marcelli, 1999).

Les éléments psychopathologiques sous-jacents liés à un trouble de la personnalité (antisociale, limite, abandonnique) faciliteront l'accès aux conduites déviantes et à l'abus nocif de substances psychoactives.

III Les indicateurs de risques environnementaux

A) Les facteurs familiaux

Les habitudes de fonctionnement familiales

L'attitude des parents et les habitudes familiales ont un rôle favorisant dans le développement de la survenue d'un usage nocif de substances psychoactives. Plus que la structure familiale, les liens familiaux ont plus de poids dans ce rôle (Sokolatz *et al.*, 1997). Ainsi, on retrouve fréquemment :

- une ambiance familiale délétère avec des éléments de discorde et de tension relationnelle importante ;
 - des relations parents – enfants insatisfaisantes et conflictuelles en lien avec un faible niveau d’encadrement et d’autorité ;
 - des attitudes parentales coercitives injustes ou incohérentes avec un manque d’implication et de supervision parentale ;
 - l’influence importante de la fratrie dans le giron familial ;
 - la permissivité ;
 - des violences intra-familiales qui ont un rôle plus indirect par le biais de la survenue de troubles psychopathologiques chez l’enfant (troubles affectifs, du comportement et de la personnalité) ;
 - des troubles mentaux chez les parents (conduites d’alcoolisation et usage de drogue, trouble de la personnalité antisociale, troubles dépressifs et anxieux) ;
 - des antécédents de deuils familiaux non résolus.
- (Vitaro *et al*, 1994 ; Segal *et al*, 1996 ; A.A.C.A.P., 1997 ; Marcelli, 1999 ; Bailly *et al*, 1999).

Par contre, il ne semble pas pour ces auteurs que la *famille monoparentale* ait un aspect prédictif important, tout au plus, en ce qui concerne la consommation de tabac (McGee *et al*, 1993), mais que *le style d’éducation parentale* (permissif ou rejetant – négligent) serait plus favorable à l’émergence de consommation de substances psychoactives, cannabis surtout (Hammer *et al*, 1990 ; Glendinning *et al*, 1997).

Les habitudes de consommation familiales

La plupart des études montrent une corrélation importante entre des antécédents familiaux d’alcoolisme et de toxicomanie et un début précoce d’abus de substances durant l’enfance et à l’adolescence.

La tolérance familiale pour l’usage d’alcool ou de drogue, l’usage de médicaments psychotropes chez les mères ou l’usage de substances diverses par les parents est un des facteurs de risques les plus incitateurs à l’abus de substances chez l’enfant et chez l’adolescent (Blum, 1987 ; AACAP, 1997).

Il est bien évident que tous ces troubles présents chez les parents créent une situation familiale favorable à l’émergence de troubles psychopathologiques chez l’enfant avec des troubles cognitifs, des difficultés de socialisation, et des troubles affectifs et du comportement dont la présence majeure le risque d’abus de substances psychoactives (Bailly *et al*, 1999)

Ces données, largement citées par tous les auteurs, sont corroborées par une étude récente qui met en évidence un modèle de

fonctionnement dans lequel le trouble de l'usage de substance chez le père prédispose à augmenter les troubles antisociaux et les affects négatifs chez les garçons, les troubles antisociaux eux-mêmes conduisant à des problèmes liés à la prise de substances dans l'adolescence précoce. Clark *et al*, 1999).

Événements de vie familiaux

Plus que ces différents facteurs pris individuellement, c'est l'enchevêtrement des liens à l'intérieur de la famille ou la dimension transgressive du fonctionnement familial, s'articulant avec la dimension psychique individuelle, qui contribue le plus à l'abus de substances psychoactives.

Dans ce contexte familial, certaines constatations sont fréquentes, comme :

- la sur-représentation des décès prématurés, surtout chez les pères ;
- les conduites d'intoxication alcoolique chez les pères ;
- les conduites d'intoxication médicamenteuses chez les mères, le plus souvent en lien à la présence d'une pathologie anxio-dépressive chez ces mères.

(Fletcher *et al*, 1992 ; Venisse ; Weinberg *et al*, 1998 ; Bailly *et al*, 1999).

Néanmoins « les familles à problèmes multiples » (deuils, divorces, séparations, abandons, etc.) ne sont pas directement spécifiques d'un risque de survenue d'un abus de substances.

B) Les facteurs d'environnement social

Le milieu socioculturel

Le milieu socioculturel d'origine ne se révèle pas comme un facteur de risque ayant une relation directe avec l'apparition d'un abus ou d'une dépendance.

Néanmoins, les facteurs qui favorisent une perte des repères sociaux, tels que :

- la misère familiale ;
- le chômage ;
- les communautés de quartiers défavorisés à haute densité de population et à taux élevé de criminalité où circulent de multiples substances psychoactives
- l'affaiblissement de la cellule familiale et de ses repères ;
- la perte des valeurs (signalons à cet égard que les valeurs religieuses sont un bon témoin de la solidité de l'attachement à des valeurs morales).

ont indéniablement un effet initiateur sur la consommation d'alcool et de drogue chez l'enfant et l'adolescent (Crum *et al*, 1996 ; AACAP, 1997 ; Marcelli, 1999 ; Venisse ; Bailly *et al*, 1999).

L'école

Tous les auteurs mettent en avant l'importance significative comme facteur de risque de l'absence d'encadrement pédagogique cohérent, et surtout *l'exclusion* ou *la rupture scolaire* qui entraînent la mise en place d'une situation « expérimentale » de désœuvrement et qui facilitent grandement la prise de contacts avec les pairs déviants et le risque d'engagement dans une consommation toxicomaniaque (Vitaro *et al*, 1994 ; Marcelli, 1999 ; Swadi, 1999).

La marginalité

La marginalisation, qu'elle qu'en soit la cause, est fortement corrélée à l'usage de substances psychoactives.

Un indice de gravité de la conduite addictive est repérable dans la perte plus ou moins rapide des liens sociaux naturels pour y substituer dans le même temps un système relationnel principalement axé sur la consommation du ou des produits (« le monde social de la drogue » pour reprendre l'expression de la sociologue P. Bouhnik). Un système de relations sociales qui évolue généralement vers l'appauvrissement et qui est un signe de marginalisation dans la mesure où il légitime voire suscite la rupture avec les environnements naturels du sujet (parents, famille, relations amicales, cursus scolaire ou activité professionnelle, activités sociales courantes, communauté culturelle...).

Cette marginalisation a évidemment bien d'autres causes que la consommation du produit (désorganisation familiale, état de crise et de conflit notamment à l'adolescence, déculturation, etc.). Et sa prévention nécessite bien d'autres mesures que la prévention de l'usage nocif de substances. Toutefois, la marginalité conjointe à l'usage abusif de substances psychoactives constitue un signal d'alarme du risque de dérapage et devrait susciter des interventions précoces afin de limiter la désocialisation en même temps (voire préalablement) que les abus de substances psychoactives.

De plus, comme l'écrit S. Aquatias « Les tensions qui s'exercent sur les personnes à la fois dans l'indétermination et l'intégration sociale jouent un rôle considérable dans les consommations intensives ». En d'autres termes, le conformisme social ne protège pas forcément de la surconsommation de psychotropes. Mais c'est là un problème très large qui touche aux représentations sociales.

C) Le rôle des pairs (des « copains »)

Il est sans conteste que le groupe des pairs, soit par l'usage au sein du groupe ou soit par la grande tolérance du groupe aux substances, joue un rôle majeur dans *l'initiation* à la consommation d'alcool et de drogue à l'adolescence, complétée, par la suite, par un rôle renforçateur dans le choix de groupe de pairs dans lequel circulent des substances. AACAP, 1997 ; Belcher *et al*, 1998 ; Marcelli, 1999).

Ce groupe qui constitue un lieu de différenciation où l'on fait la même chose que les autres, de la même bande, vient pointer la vulnérabilité du sujet confronté à son adolescence et renforce ce besoin d'identité, à travers une banalisation de ses conduites au sein du groupe, et à travers l'importance de gommer l'aspect singulier de son comportement en cherchant à l'étendre aux autres.

Ce besoin et cette recherche d'appartenir à un groupe plus ou moins marginal et à « une contre-culture » s'impose comme un besoin d'autonomisation, de démarcation, ce qui s'apparente à une dépendance de substitution (Venisse ; Marcelli, 1999).

Certains auteurs soulignent l'absence de supervision parentale comme directement responsable de la consommation de substances à travers son impact sur la composition du groupe de pairs, groupe dont l'influence s'exercerait selon un double processus, d'une part de modelage, et d'autre part de coercition, où le refus de consommer provoque la désapprobation et le rejet (Vitaro *et al*, 1994).

Si la pression des pairs est un facteur d'abus de substances, il est aussi un possible facteur d'abstinence. Il y aurait une relation directe entre une pression croisée des pairs et un usage de drogue, ce qui ferait que plus l'acceptation de drogue est basse, moins fréquent serait son usage ; plus le risque perçu est important, plus l'usage de drogue est bas (Johnston, 1997).

D'autres études suggèrent que les enfants prédisposés à l'usage de drogue puissent en entraîner d'autres avec des penchants similaires. Par contre, les adolescents qui prennent des substances sous l'influence de la pression du groupe de pairs, en l'absence de dysfonctionnement psychopathologique, se révèlent plus capables de stopper l'usage de drogue (Kandel, 1975 ; 1989). La consommation de tabac des pairs joue un rôle important, ainsi selon une enquête récente les fumeurs réguliers ont 13 fois plus de chance d'avoir un meilleur ami fumeur, ceux de 15 ans 7 fois plus et les adolescents plus âgés 3 fois plus (PST 2000).

On peut donc penser que l'image ou la représentation qu'ont les jeunes sur l'usage de drogue, plus que l'usage actuel des pairs, a une

influence importante sur la consommation de produits, surtout pour le tabac. Ceci pour éviter de faire du concept de « pression du groupe de pairs » le seul responsable ou l'événement étiologique dans l'usage nocif de substances psychoactives à l'adolescence (Blum, 1987 ; Iannotti *et al.*, 1996), et pour moduler l'impact sur les consommations des représentations des individus (et de leur entourage) qui ont beaucoup changé depuis 20 ans, notamment pour le cannabis (Ledoux *et al.*, 2000).

En résumé :

C'est donc très souvent le **cumul** de ces dix fois plus de chance d'avoir un meilleur ami fumeur, de ces divers facteurs de risques, qui constitue par lui-même un risque supplémentaire, et aboutit à une valeur très fortement prédictive pour la tolérance à un environnement délétère (pairs déviants, quartiers défavorisés, délinquance, ...) et pour l'engagement et la persistance d'une consommation nocive.

IV Les facteurs de protection

Parallèlement à la mise en avant des facteurs de vulnérabilité, il serait intéressant d'étudier, chez un enfant ou un adolescent donné, la présence d'un ou plusieurs facteurs de protection. Même s'ils sont jusqu'à présent peu explorés dans les différentes études, ils revêtent une importance toute particulière dans une perspective de prévention précoce (Blum, 1998).

Les quelques données disponibles à ce jour ont mis en avant certains facteurs dits « protecteurs » chez des enfants ou des adolescents à risque, notamment :

- un niveau élevé d'intelligence ;
- une capacité à résoudre les problèmes ;
- des compétences sociales ;
- une estime de soi positive ;
- un soutien adapté de la part du milieu familial ;
- une régulation souple des affects ;
- des implications relationnelles familiales positives ;
- une perception élevée des compétences scolaires.

Dans certaines études internationales, notamment américaines, il ressort que l'adhésion à une pratique religieuse et que l'acquisition d'un sens moral concourent à moins rechercher la consommation de substances. Ces données mériteraient d'être validées en France à la vue des différences culturelles et sociales existantes avec les pays anglo-saxons.

Tous ces facteurs cumulés mettent en avant un adolescent comportant des capacités de *résilience* importantes, avec un faible niveau de recherche de nouveautés et un évitement des relations avec les pairs délinquants.

Ces facteurs de protection semblent surtout avoir une influence majeure lors de la période de transition enfance – adolescence, période plus vulnérable à la mise en route d'une consommation précoce dont tous les résultats montrent qu'elle constitue le premier facteur de risque d'usage de substances psychoactives à la fin de l'adolescence.

En ce qui concerne la consommation de tabac, une enquête récente montre que la dépendance tabagique mesurée sur le test de Fagerström s'installe deux fois plus vite chez les fumeurs commençant à fumer avant 15 ans, que chez ceux qui commencent à fumer après 17 ans (PST 2000).

Bibliographie

1. Ades (J.), Lejoyeux (M.), Alcoolisme et psychiatrie, Données actuelles et perspectives, Paris, Masson, 1997, 179-200.
2. Akiskal (H. S.), Downs (J.), Jordan (P.), *et al.*, "Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives : mode of onset and prospective course". *Arch gen psych*, 1985, 42 : 996-1003.
3. Alvin (P.), Marcelli (D.), *Médecine de l'adolescent*, Paris, Masson éditions, 1999.
4. Bailly (D.), Comorbidité de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. V^e symposium annuel du FUAG, « Age, dépression et anti-dépresseurs », Lille, 1995.
5. Bailly (D.), « Particularités cliniques de l'alcoolisme de l'enfant et de l'adolescent », *in* Bailly (D.), Venisse (J.-L.), *Addictions et psychiatrie*. Paris : Masson, 1999, 107-22.
6. Bailly-Lambin (I.), Bailly (D.), « Angoisse de séparation et troubles addictifs », *in* Bailly (D.), Venisse (J.-L.), *Addictions et psychiatrie*, Paris, Masson, 1999 : 123-39.
7. Belcher (H. M.), Shnitzky (H. E.), "Substance abuse in children", *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 1998, 152 : 952-960.
8. Berthaut (E.), Marcelli (D.), « Lien entre consommation de produits et tentative de suicide à l'adolescence », à paraître, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*.
9. Blum (R. W.), "Adolescent substance abuse : diagnostic and treatment issues", *Pediatric clinics of North America*, 1987, 34(2) : 523-531.
10. Blum (R. W.), "Healthy youth development as a model for youth health promotion. A review". *J. Adolesc. Health*, 1998, 22(5) : 368-375.
11. Brook (J. S.), Cohen (P.), Brook (D. W.), "Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use", *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 1998, 37(3) : 322-330.
12. Bukstein (O. G.), Brent (D. B.), Peper (J. A.), *et al.*, "Risks factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse : a case control study", *Acta psychiatry Scand.*, 1993, 88 : 403-8.
13. Bukstein (O. G.), Glancy (L. J.), Kaminer (Y.), "Patterns of affective comorbidity in a clinical population of dually diagnosed adolescent substance abusers", *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 1992, 31 : 1041-45.
14. Burke (K. L.), Burke (D. A.), Rae (D. S.), Regier (D. A.), "Age at onset selected mental disorders in five community populations", *Arch. gen. Psy.*, 1990, 47 : 511-518
15. Choquet (M.), Ledoux (S.), *Adolescents. Enquête nationale*, Paris, INSERM éditions, 1994 : 346 p.
16. Clark (D. B.), Parker (A. M.), Linch (K. G.), *Psychopathology and substance-related problems during early adolescence : a survival analysis*.
17. Corcos (M.), Jeammet (P.), « Conduites de dépendance à l'adolescence : aspects étiopathogéniques et cliniques », *Encyclopédie médico chirurgicale*, 2000, (37-216-G-30), 1-6
18. Crum (R. M.), Lillie-Blanton (M.), Anthony (J. C.), "Neighbourhood environment and opportunity to use cocaïne and other drugs in late childhood and early adolescence", *Drug and alcohol dependence*, 1996, 43 : 155-161.

19. Dewit (D. J.), Adlaf (E.)M., Offord (D. R.), Ogborne (A. C.), "Age at first alcohol use : a risk factor for the Development of Alcohol Disorders", *Am. J. Psychiatry*, 2000, 157, 5, 745-750.
20. Fergusson (D. M.), Horwood (L. J.), Lynskey (M. T.), "The comorbidities of adolescent problem behaviors : a latent class model", *Journal of abnormal child psychology*, 1994, 22(3) : 339-54.
21. Fletcher (A. C.), Darling (N.), Steinberg (L.), *Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use*, Paper presented at the society for life history research, Philadelphia, Penn., 1992.
22. Glenndinning (A.), Shucksmith (J.), Hendry (L.), "Family life and smoking in adolescence", *Soc. Sci. Med.*, 1997, 44(1) : 93-101.
23. Greenbaum (P. E.), Prange (M. E.), Friedman (R. M.), *et al.*, "Substance abuse prevalence and comorbidity with other psychiatric disorders among adolescents with severe emotional disturbances", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991, 30(4) : 575-583.
24. Hammer (T.), Vaglum (P.), "Initiation, continuation or discontinuation of cannabis use in the general population", *Brit. J. Addict*, 1990, 85 : 899-909.
25. Hovens (J. G.), Cantwell (D. P.), Kiriakos (R.), "Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1994, 33 476-83.
26. Iannotti (R. J.), Bush (P. J.), Weinfurt (K. P.), "Perception of friends' use of alcohol, cigarettes, and marijuana among urban schoolchildren : a longitudinal analysis", *Addict. Behav.*, 1996, 21(5) : 615-632.
27. Jessor (R.), Jessor (S.), *Problem behavior and psychosocial development : a longitudinal study of youth*, Academic press, New-York, 1977.
28. Johnsen (L.), Harlow (L.), "Chilhooh sexual abuse linked with adult substance use, victimization ang AID-risk". *AIDS Educ. Prev.*, 1996, 44-57.
29. Johnston (L. D.), O'Malley (P. M.), "Why do the nation students use drugs and alcohol ? Self reported reasons from nine national surveys", *J. drugs issues*, 1986, 16 : 29-66.
30. Johnston (L. D.), "Monitoring the future study" (press release), *Ann Arbor, Mich : news info*, 1997.
31. Kandel (D. B.), Johnson (J. G.), Bird (H. R.), *et al.*, "Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders : finding from the MECA study". *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 1999, 38(6) : 693-99.
32. Kandel (D. B.), Ravies (V. H.), "Cessation of illicit drug use in young childhood", *Arch Gen Psychiatry*, 1989, 46 : 109-116.
33. Kandel (D. B.), "Stages of alcohol involment in drug use", *Sciences*, 1975, 190 : 912-914.
34. Klein (R. G.), Mannuzza (S.), *Importance de l'hyperactivité de l'enfance dans le développement des troubles liés à l'utilisation de substances*.
35. Kral (A.), Molnar (B.), Booth (R.), *et al.*, "Prevalence of sexual risk behavior and substance use among runaway and homeless adolescents in San Francisco", Denver and New York City, *Int. J. STD AIDS*, 1997, 8 : 109-117.
36. Lanz (J.), "Psychosological, behavioral, and social characteristics associated with early forced sexual intercourse among pregnant adolescents", *J. Interpersonal violence*, 1995. 10 : 188-200.

37. Ledoux (S.), Sizaret (A.), Hassler (C.) *et al.*, « Consommation de substances psychoactives à l'adolescence », *Revue des études de cohorte. Alcoologie et addictologie*, 2000, 22(1) : 19-40.
38. Lifrak (P. D.), McKay (J. R.), Rostain (A.), *et al.*, "Relationship of perceived competencies, perceived social support, and gender to substance use in young adolescents", *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*, 1997, 36(7) : 933-940.
39. Loeber (R.), Stouthamerloeber (M.), White (H. R.), "Developmental aspects of delinquency and internalizing problems and their association with persistent juvenile substance use between ages 7 and 18", *J. Clin. Psychol.*, 199, 28(3) : 322-332.
40. Marcelli (D.), Braconnier (A.), *L'adolescence aux milles visages*, Odile Jacob, 1998 : 272 p.
41. Marcelli (D.), « Conduites d'essai et conduites à risques : les consommations de produits », in Alvin et Marcelli, *Médecine de l'adolescent*, Paris, Masson, 1999 : 237-247
42. Masse (L. C.), Tremblay (R. E.), "Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence", *Arch. Gen. Psychiatry.*, 1997, 54(1) : 62-68.
43. Mc Gee (R.), Stanton (W. R.), "A longitudinal study of reasons for smoking in adolescence", *Addiction*, 1993, 88(2) : 265-271.
44. Mouren-Simeoni, Vantalou (V.), "Les conduites addictives aux substances licites et illicites chez l'enfant », in Bailly (D.), Venisse (J.-L.), *Addictions et psychiatrie*, Paris, Masson, 1999 : 91-106.
45. Segal (B. M.), Stewart (J. C.), "Substance use and abuse in adolescence : an overview", *Child psychiatry hum dev*, 1996, 26(4) : 193.
46. Swadi (H.) "Individual risk factors adolescent substance use", *Drug and alcohol dependence*, 1999, 55 : 209-224.
47. Venisse (J.-L.), *Les paradoxes de la dépendance*.
48. Weinberg (N. Z.), Radhert (E.), Colliver (J. D.), *et al.*, "Adolescent substance abuse of the past 10 years", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, 37(3) : 252-261.
49. White (H. R.), "Longitudinal perspective on alcohol and aggression during adolescence", *Recent Dev Alcohol*, 1997, 13 : 81-103.
50. Whitmore (E. A.), Mikulich (S. K.), Thompson (L. L.), *et al.*, "Influences on adolescent substance dependence : conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender", *Drug and alcohol dependence*, 1997, 47 : 87-97.
51. Wilens (T. E), Biederman (J.), Abrantes (A. M.), *et al.*, "Clinical characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorder", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, 36(7) : 941-47.

Les outils permettant un repérage précoce

Chapitre I **Élaboration d'une logique de repérage précoce de l'usage nocif**

Michel Reynaud

À la suite des concepts et définitions qui ont été précisés dans la première partie, on peut proposer l'élaboration d'une logique dans le repérage précoce des usages nocifs de substances psychoactives.

I Différents éléments à repérer et à analyser

Ce repérage peut se faire par la mise en évidence

Des dommages, sanitaires (psychologiques, psychiatrique ou somatiques), socio-familiaux ou relationnels induits par l'usage de ces substances. Ceux-ci ont été clairement précisés dans la première partie : il conviendra donc pour les différents intervenants en contact avec des consommateurs de substances psychotropes, et en particulier pour les médecins généralistes, de savoir les rechercher, les repérer et les imputer à la consommation de substances et d'aider le consommateur à faire le lien entre ces dommages et sa propre consommation.

On retrouvera de plus certains **éléments cliniques spécifiques à la consommation excessive de chaque produit** (nervosité, irritabilité, troubles digestifs, couperose et conjonctives injectées par exemple pour l'alcool, troubles de la concentration, conjonctives injectées pour le cannabis, signes d'injection, hépatite pour l'héroïne, etc.). Ces différents signes spécifiques à la consommation excessive d'un produit seront repris dans le chapitre consacré à ce produit.

Un certain nombre **d'éléments biologiques** peuvent également faciliter le diagnostic : par exemple, l'association CDT – GGT pour l'usage nocif d'alcool, le dosage de CO en ce qui concerne le tabagisme.

Mais en amont de ces dommages et complications

Il conviendra **de repérer tout particulièrement les différents usages à risque** : les données cliniques et épidémiologiques sont désormais parfaitement claires et permettent d'affirmer que ces usages à risque, tant en ce qui concerne les quantités consommées que les modalités

de consommation, font le lit des complications sanitaires et sociales caractérisant l'usage nocif puis de la dépendance. Ces usages à risques sont donc particulièrement importants à repérer car, d'une part, ils constituent un indicateur fort de dangerosité et, d'autre part, ils sont transversaux et sont retrouvés dans l'usage nocif et la dépendance ; car enfin ils sont relativement faciles à cibler et les différents acteurs sanitaires et sociaux et la population peuvent être aisément formés à leur repérage.

Rappelons que ces usages nocifs concernent :

- certaines situations de consommation ;
- certaines modalités de consommation ;
- certaines quantités consommées.

Les modalités de consommation à risque, en particulier, constituent un noyau commun aux usages nocifs et dépendances de l'ensemble des produits.

La phase suivante doit consister dans l'évaluation des facteurs de risques qui sont également des facteurs de gravité

Ces facteurs de risque de gravité sont individuels et environnementaux. Ils concernent, nous l'avons vu, des caractéristiques de personnalité et la présence de pathologies psychiatriques notamment l'anxiété ou la dépression, des caractéristiques familiales et éducatives et enfin des caractéristiques sociales. Cette évaluation doit être faite par des professionnels sanitaires ou sociaux formés, afin d'éviter la stigmatisation de certains groupes d'individus.

Il faut également rappeler que ces facteurs de vulnérabilité et de gravité peuvent être retrouvés dans la plupart des pathologies psychiatriques et des troubles des conduites. Il convient néanmoins de les rechercher avec attention car ils conditionnent une grande partie du pronostic, les possibilités et les difficultés du traitement.

En effet, pour avoir toute son efficacité, la prise en charge devra non seulement agir sur les comportements de consommation mais aussi sur ces éléments de gravité qui viennent interagir avec ces comportements de consommation et les aggraver. Ainsi, se contenter de proposer un programme de réduction des consommations sans tenir compte de la situation sociale, des stress rencontrés, du soutien familial éventuel, rend inefficace cette proposition de soins.

Enfin, il convient d'insister tout particulièrement sur **la prise en compte de l'insertion scolaire ou sociale, du degré de marginalisation** et des caractéristiques de l'entourage, notamment du groupe de pairs, car causes ou conséquences des comportements pathologiques de

consommation, et dans tous les cas en interaction avec ceux-ci, ce sont des éléments fondamentaux pour le diagnostic, le pronostic et la prise en charge.

II Conduite à tenir

La démarche logique consiste donc à :

Interroger systématiquement sur les consommations de psychotropes

En premier lieu, le dépistage des usages nocifs des psychotropes passe avant toute chose par un questionnement systématique sur l'usage de psychotropes. Il a été prouvé à de multiples reprises que des acteurs sanitaires devraient, bien que cela soit encore trop insuffisamment pratiqué, poser systématiquement des questions concernant l'usage de tabac, d'alcool et des produits illicites. Ces questions doivent faire partie de tout interrogatoire clinique.

Préciser les caractéristiques de la consommation

- risques situationnels, « **quand ?** »
- modalités de consommation, « **comment ?** »
- quantité consommée, « **combien ?** »

L'évaluation des quantités consommées nous ramène à ce que nous avons défini précisément comme « seuil d'information » et surtout « seuil d'intervention ». Ces données quantitatives sont des éléments d'alerte qui peuvent aider le consommateur, le praticien et l'entourage (on peut les imaginer avec des feux oranges et des feux rouges).

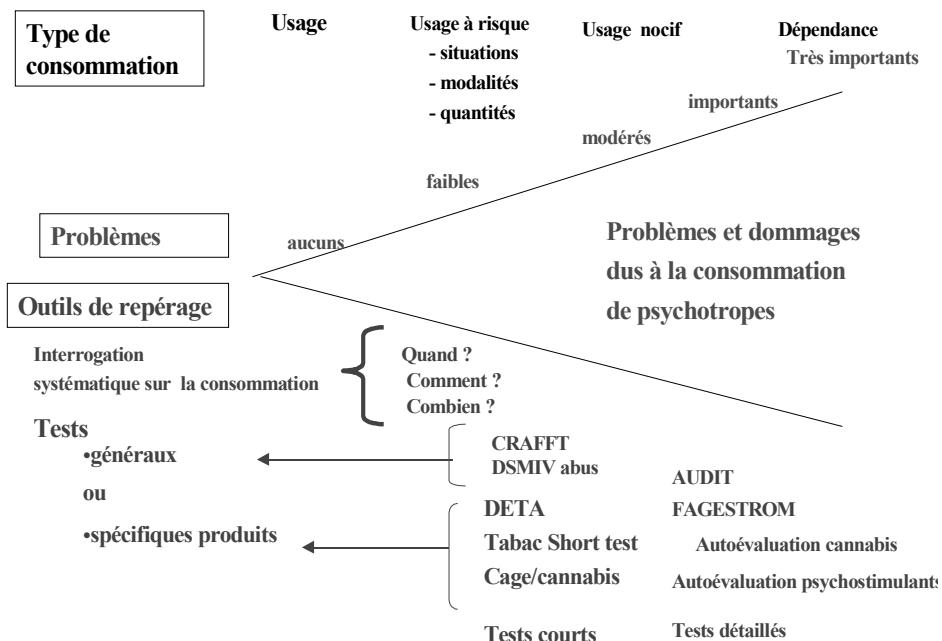
La phase suivante doit consister à évaluer plus précisément les caractéristiques de l'usage nocif des différents produits

Il existe des grilles d'évaluation simples et parfaitement validées pour les produits licites, tels que le CAGE et l'AUDIT pour l'alcool, et tel que le test de FAGERSTRÖM pour l'évaluation de la gravité de la dépendance tabagique. Il convient également de s'appuyer sur certaines caractéristiques cliniques ou biologiques liées à l'utilisation d'un produit.

Il faut noter qu'il n'existe pas de test ayant le même degré de validation pour les consommations de produits illicites. Toutefois, un certain nombre d'éléments cliniques sont maintenant connus des spécialistes et peuvent parfaitement être diffusés parmi les acteurs sanitaires ou sociaux pour les aider à évaluer la gravité des comportements de consommation. :

- repérer l'existence d'un usage nocif avec des outils simples tels que le CRAFFT pour les adolescents ou le questionnaire ABUS du DSM IV ;
- compléter éventuellement pour les consommations de tabac ou d'alcool ou de cannabis par le short tabac test, le DETA/CAGE, le CAGE Cannabis.
- affiner l'évaluation des conséquences et dommages de la consommation ainsi que des modalités de consommation avec :
 - le test de FAGERSTROM pour le tabac,
 - l'AUDIT pour l'alcool,
 - le questionnaire d'autoévaluation Cannabis,
 - le questionnaire d'autoévaluation des psychostimulants ;
- rechercher les caractéristiques cliniques liées à la consommation nocive ;
- compléter éventuellement avec l'aide de marqueurs biologiques (CDT+GGT pour l'alcool, marqueur de CO pour le tabac).

Repérage des consommations pathologiques



Évaluer l'ensemble des facteurs de risque et de gravité personnels et environnementaux

Nous préciserons dans le chapitre II, les modalités d'évaluation de ces caractéristiques individuelles et sociales, non spécifique à l'usage de produits, mais extrêmement importantes à analyser comme éléments diagnostiques et pronostiques, nécessitant, de plus, une prise en charge adaptée.

Pour résumer, il conviendra d'identifier :

- outre les comportements de consommation ;
- les difficultés sous-jacentes à ces consommations.

Cette évaluation globale, du sujet, de ses consommations, du contexte familial, amical ou social permettra de ne pas se tromper de cible lors de la prise en charge

Facteurs de risques environnementaux

Les facteurs familiaux

- ✓ **Habitudes de fonctionnement familiales**
- ✓ **Habitudes de consommation familiales**
- ✓ **Événements de vie familiaux**

Les facteurs d'environnement social

- ✓ **Perte de repères sociaux**
- ✓ **Instabilité ou la rupture scolaire**

Le rôle des pairs

- ✓ **Initiation d'une consommation,**
- ✓ **Consommation en groupe**
- ✓ **Désocialisation, marginalisation, délinquance associée,**

Facteurs de risques individuels

La présence de traits de personnalité

- ✓ Recherche de sensations
- ✓ Faible évitement du danger
- ✓ Recherche de nouveautés

Les perturbations du comportement

- ✓ Caractère agressif
- ✓ Arrêt des activités auparavant investies (loisirs, sportives...)

Les événements de vie traumatiques

La présence d'une comorbidité psychiatrique :

- ✓ Trouble des conduites / hyperactivité avec déficit de l'attention
- ✓ Troubles de l'humeur
- ✓ Troubles anxieux
- ✓ Plaintes psychosomatiques
- ✓ Troubles des conduites alimentaires.

Chapitre II **Repérage et évaluation diagnostique globale : les outils**

Jacques Béraud,
Daniel Marcelli,
Michel Reynaud,
Jean-Luc Venisse

Quatre types de situations peuvent se présenter en fonction de la précocité du repérage :

- la présence seule de facteurs de vulnérabilité ;
- la présence des caractéristiques d’usage à risque liées à des situations de consommation, des modalités de consommation ou des quantités consommées : ceci nécessite de définir des seuils différents pour des actions de prévention et pour les interventions de soins qui serait fonction de ces seuils et/ou de situations à risques, et/ou de consommation à risque ;
- la présence seule d’un usage nocif pour un ou plusieurs produits ;
- la présence de facteurs de vulnérabilité, qui sont également des facteurs de gravité, associés à un usage nocif de produits.

Comme on l’a déjà détaillé et explicité dans le repérage des facteurs psychosociaux, l’évaluation d’une consommation abusive chez un sujet jeune doit prendre en compte un large éventail de paramètres, sans se focaliser sur le seul produit et ses effets. Il n’est pas toujours facile de distinguer entre, d’une part des symptômes qui sont évocateurs d’une souffrance psychique déjà inscrite dans une pathologie, et d’autre part des conduites qui témoignent d’une simple évolution adolescente. Le but sera donc de repérer les facteurs psychologiques ou les signes cliniques prodromiques à risque de conduite addictive, mais aussi de les replacer dans un fonctionnement psychique dynamique, comme ceux de l’adolescent et du sujet jeune.

I Les méthodes d'évaluation standardisées

L'élaboration des méthodes d'évaluation standardisées propres à l'adolescent ont visé à améliorer l'objectivité des informations recueillies et à faciliter la comparaison entre les différentes études. Deux types d'instruments sont distingués en fonction de leurs objectifs :

Ceux qui repèrent des adolescents à haut risque d'abus de substances

Par exemple le “*Minnesota Chemical Dependency Adolescent Assessment Package*” qui comprend un auto-questionnaire de dépistage rapide (le “*Personal Experience Screening Questionnaire*”), un auto-questionnaire visant à l'évaluation de facteurs psychosociaux intervenant dans la genèse et la pérennisation des conduites toxicomaniaques (“*Personal Experience Inventory*”), et un entretien structuré basé sur des critères diagnostiques du DSM III-R pour les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (le “*Adolescent Diagnostic Interview*”) (Winters et Henly, 1988).

Autres exemples, deux questionnaires de dépistage le “*Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*” (Rahdert, 1991) et le “*Drug Use Screening Inventory*” (Tarter, 1990a) ont été développés par le National Institute on Drug Abuse. Ce dernier a été conçu pour dépister des adolescents à haut risque de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives à partir de l'évaluation de leur fonctionnement dans différents domaines :

- utilisation de substances ;
- modes de comportement ;
- état de santé ;
- comorbidité psychiatrique ;
- compétences sociales ;
- système familial ;
- performance / adaptation scolaire ;
- adaptation au travail ;
- relations avec les pairs ;
- activités récréatives.

Bailly, 1997 ; Mouren-Siméoni *et al*, 1999) ;

ou plus récemment l'élaboration d'un test bref d'évaluation pour adolescents “*CRAFFT*” consommant de l'alcool et d'autres drogues, sur le modèle du “*POSIT*” pour adolescents et du “*CAGE*” pour adultes, mais restant dans une dimension uniquement comportementale (Knight *et al*, 1999).

Ceux qui évaluent la sévérité des troubles liés à l'utilisation de substances

Par exemple le « *Teen Addiction Severity Index* » (Kaminer et coll, 1991) qui est une version modifiée et adaptée à l'adolescence de l' « *Addiction Severity Index* » (Mc Lellan et coll, 1980), l'« *Inventory of Drug – Taking Situations* » ou « *Drug Taking Confidence Questionnaire* » (Mouti et coll, 1989) qui évaluent les préjudices, concernant en général les pathologies installées, avec dépendance. Ce sont des outils lourds et longs à utiliser.

Ces méthodes d'évaluation recourent les méthodes utilisées en matière d'épidémiologie : les unes portent sur la consommation de substances (quantité, fréquence, mode de consommation) les autres portent sur les troubles liés à l'utilisation de substances et font référence aux systèmes de classification couramment utilisés chez l'adulte (DSM III-R, 1987 ; DSM-IV, 1994).

En résumé, trois approches d'évaluation peuvent se retrouver (Bailly et al, 1999)

- **Une approche descriptive** : elle correspond à des grilles standardisées de critères diagnostics objectifs reposant sur une description clinique des troubles. Les nouvelles classifications internationales (DSM III-R, 1987 ; DSM IV, 1994 ; ICD-10, 1992) répondent à l'exigence d'évaluations scientifiques ou de recherches non fondées sur des *a priori*.

Néanmoins, ces grilles de critères ont un aspect descriptif figé qui ne permet pas de faire un diagnostic précoce.

- **Une approche quantitative** : nombre d'auteurs se réfèrent encore à une évaluation strictement quantitative des consommations de substances psychoactives. Cette façon de voir les choses nécessite de déterminer « un seuil » au delà duquel la consommation est dite abusive ; soit en valeur absolue, soit par rapport aux habitudes sociales d'une collectivité donnée. Autant dire que chez l'adolescent, ce seuil est pratiquement impossible à cerner. Toutes les études épidémiologiques montrent que la consommation d'un individu à l'autre varie en fonction de multiples variables (sexe, âge, milieu socio-culturel,...) (Moberg, 1983 ; Choquet *et al*, 1994)

- **Une approche pragmatique** : elle se base sur la notion d'incapacités introduite par l'OMS qui fait que certains auteurs considèrent que seule une consommation qui s'accompagne d'un handicap social pose problème (altérations des relations familiales ou

avec les pairs, problèmes judiciaires, difficultés scolaires, conduite en état d'intoxication) : on retrouve là la définition de l'usage nocif.

Beaucoup d'auteurs soulignent, là aussi, la difficulté à établir un lien de causalité directe entre consommation et troubles observés à cet âge, parce que les attitudes comportementales des adolescents sont tributaires de nombreux facteurs qui influencent l'aspect développemental et que les conduites de consommation s'inscrivent dans un processus de socialisation problématique qui dépend bien souvent d'autres comportements à problèmes (Moberg, 1983 ; Bailey, 1989 ; Bukstein *et al.*, 1989, 1994). Devant toutes ces insuffisances, certains auteurs avancent que les conduites de consommation à l'adolescence sont pathologiques dès lors qu'elles interfèrent significativement avec les processus dynamiques du développement. Marcelli *et al.*, 1999 ; Bailly *et al.*, 1999)

Ces remarques ont le mérite de souligner les limites de cloisonner dans une seule approche l'évaluation d'une consommation de substance à cet âge et les difficultés pour tenir compte de l'ensemble des facteurs qui témoignent du fonctionnement du sujet, en lien avec son environnement.

Devant la complexité de ces évaluations standardisées, réservées à des spécialistes, dans le cadre de travaux de recherche, nous sommes amenés à proposer de développer une approche pragmatique, avec des outils simples à utiliser permettant d'évaluer :

- d'une part les consommations selon les quantités et les modalités et leurs conséquences ;
- d'autre part, les facteurs de risque et de gravité individuels et environnementaux.

II Évaluation des consommations

Interroger systématiquement sur les consommations de psychotropes

Évaluer les usages à risque

L'interrogation systématique par les acteurs sanitaires et sociaux sur la consommation doit rechercher les grandes modalités de consommation à risque.

A) Les modalités de consommation à risque les plus significatives « Trop, c'est comment ? » (outil – N°1)

- la recherche d'**excès** (fréquence des ivresses, recherche de l'effet « défoncé »)
 - la **consommation autothérapeutique**
 - la **précocité** de la consommation : âge de début des consommations, du tabagisme, des premières ivresses
 - la **répétition des consommations à risque**
 - le **cumul** des consommations
- (Choquet *et al*, 1994 ; Ménétrey, 1997 ; Bailly *et al*, 1999 ; Marcelli *et al*, 1999)

B) Évaluer les quantités consommées « Trop, c'est combien »

C) Évaluer les situations de consommation « Trop, c'est quand ? »

- en cas de grossesse
- en cas de conduite automobile
- en association avec des médicaments psychotropes

Repérer l'usage nocif

A) en utilisant le CRAFFT test (outil – N°2) (validé aux USA)

B) en utilisant les critères diagnostiques de l'abus du DSM IV (outil – N°3) (ce sont les questions de la définition) (validé internationalement)

Repérer l'usage nocif spécifique à certains toxiques

A) Alcool

Évaluation rapide : DETA-CAGE (outil – N°4) (validé internationalement)

Autoévaluation plus approfondie AUDIT (outil – N°5) (validé internationalement)

B) Tabac

Évaluation rapide : Short tabac test (outil – N°6) (validé en France)

Autoévaluation plus approfondie Fagerström (outil – N°7) (validé internationalement)

C) Cannabis

Évaluation rapide : CAGE Cannabis (outil – N°8) (validé aux USA)

Autoévaluation plus approfondie – Questionnaire d’autoévaluation Cannabis (outil – N°9) (validé en Nouvelle Zélande)

D) Drogues de synthèse

Questionnaire d’Autoévaluation fourni par Restim et fruit d’un travail mené notamment par Techno Plus (autoquestionnaire non encore valide destiné à aider les usagers à faire le point sur leur consommation) (outil – N°10)

Il faut noter que la plupart de ces tests (CAGE, AUDIT, Fageström) ne sont pas spécifiques de l’abus, mais repèrent également la dépendance lorsque les scores sont élevés (et notamment lorsqu’il y a consommation dès le matin et signe de sevrage).

III Repérage des facteurs de risques psychosociaux

Dans un premier temps, nous allons rappeler de manière synthétique les facteurs de vulnérabilité qui doivent s’intégrer dans une évaluation globale d’un sujet à risque d’usage nocif de substances psychoactives.

Rappel des facteurs de risque*Indicateurs de risque individuels***A) Les caractéristiques de personnalité et les signes d’une rupture dans le développement**

- La période de début des troubles (enfance ou adolescence avec leurs caractéristiques psychopathologiques spécifiques) ;
- La **précocité du début des troubles** ;
- La présence de traits de personnalité ou de tempérament : recherche de sensations, faible évitement du danger, recherche de nouveautés ;

- Les perturbations du comportement (notamment le caractère agressif) ;
- Les événements de vie traumatiques ;
- L'arrêt des activités auparavant fortement investies (de loisirs et sportives notamment) ;
- La modification de la relation au corps, à type de haine du corps et particulièrement du corps sexué.

B) La présence d'une comorbidité psychiatrique

- Trouble des conduites/hyperactivité avec déficit de l'attention
- Les troubles de l'humeur
- Les troubles anxieux
- Les plaintes psychosomatiques
- Les troubles des conduites alimentaires.

Les indicateurs de risque environnementaux

A) Les facteurs familiaux

- Les habitudes de fonctionnement familiales : relations familiales instables, cadre éducatif défaillant, troubles mentaux chez les parents ;
- Les habitudes de consommation familiales : antécédents familiaux d'alcoolisme ou de toxicomanie, tolérance familiale pour l'usage de substances psychoactives ;
- Les événements de vie familiaux : décès, perte, séparations, abandons, ...

B) Les facteurs d'environnement social

Il faut insister ici sur :

- la perte de repères sociaux : misère familiale, chômage, dislocation de la cellule familiale, communautés de quartiers défavorisés ;
- l'instabilité ou la rupture scolaire : mise en place d'une situation de désœuvrement et l'accentuation de l'identification à des pairs déviants (marginalité, consommation de substances, actes délictueux).

C) Le rôle des pairs

- Initiation d'une consommation ;
- Consommation en groupe : rôle renforçateur d'une consommation individuelle, avec tolérance et valorisation par les pairs ;
- Désocialisation, marginalisation, délinquance associée,

L'objectif d'une meilleure connaissance de ces différents indicateurs de risques est de pouvoir apprécier la globalité d'un tableau clinique dans une histoire individuelle et environnementale singulière, et

d'en repérer la persistance, la répétition et le cumul qui doivent faire craindre un malaise plus profond et imposent une action thérapeutique spécialisée.

Repérage et évaluation des facteurs de risque

Évaluation de la comorbidité chez l'adulte

A.S.I

Chez l'adulte, l'outil le plus validé et le plus précis d'évaluation des caractéristiques individuelles, psychosociale et de consommation est l'A.S.I.. Mais cette échelle est lourde à utiliser.

H.A.D. outil – N° 11)

Nous proposons, pour une évaluation rapide, en médecine générale, des comorbidités anxieuses et dépressives, la grille H.A.D. Celle-ci est régulièrement utilisée par les tabacologues, et est fortement corrélée aux difficultés à maintenir l'abstinence. Elle est considérée comme un outil simple et fiable d'évaluation de l'anxiété et de la dépression. Elle pourrait être utilisée largement chez l'adulte consommateur de substances mais la corrélation avec la gravité et le pronostic de la consommation nocive restent à valider.

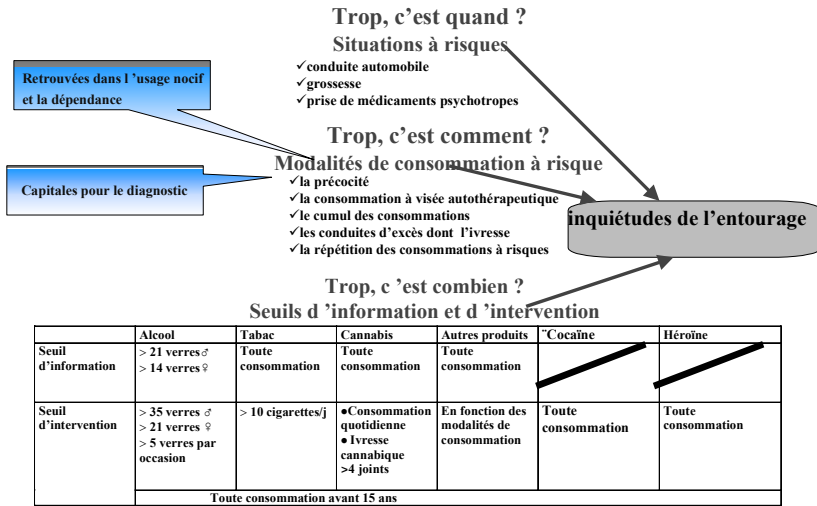
Grille d'analyse des facteurs de risque individuels et sociaux chez l'adolescent (outil – 12 & 13)

Nous nous appuyons, pour les facteurs de risque individuels, sur l'expérience de terrain menée dans le département de la Vienne qui illustre un exemple d'évaluation de repérage précoce et d'action de soins, chez les jeunes.(Pr Marcelli- Textes de référence)

IV Outils

N°1

Les usages à risque



N°2

“ CRAFFT ” test

1. Êtes-vous déjà monté dans un **Véhicule** (auto, moto scooter), conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait trop bu ou qui était défoncé ou qui avait consommé de l'alcool ou des drogues?
2. Utilisez-vous de l'alcool ou des drogues pour vous **Détendre** vous sentir mieux ou pour tenir le coup ?
3. Vous est-il déjà arrivé d'**oublié** ce que vous avez fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Utilisez-vous de l'alcool et des drogues quand vous êtes **Seul** ?
5. Avez-vous déjà eu des **Problèmes** en consommant de l'alcool ou des drogues?
6. vos **Amis** ou votre **Famille** ou vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou votre usage de drogues?

Deux réponses positives (ou plus) à ces questions est évocateur d'une consommation nocive

N°3

L 'Abus selon le DSM IV

- 1) Avez-vous été à plusieurs reprises **ivre ou intoxiqué(e)** par des drogues (nommer la substance ou la classe de substances sélectionnée) ou « **défoncé(e)** » alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison? Cela a-t-il posé des problèmes ?
- 2) Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool ou de drogues dans une situation où cela était **physiquement risqué** comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc ? Cela a-t-il posé des problèmes ?
- 3) Avez-vous eu des **problèmes légaux** parce que vous aviez bu ou pris des drogues comme une interpellation ou une condamnation ?
- 4) Avez-vous continué à boire ou à prendre des drogues tout en sachant que cela entraînait des **problèmes avec votre famille ou votre entourage?**

Une réponse positive (ou plus) à ces questions est évocatrice d'une consommation nocive

N°4

Le DETA(CAGE)

- 1) Avez-vous déjà ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation de boissons alcoolisées ?
- 2) Votre **Entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- 3) Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **Trop** ?
- 4) Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme

Deux réponses positives (ou plus) à ces questions évoque une consommation nocive

N°5

AUDIT

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
TOTAL						

Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool

Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool

N°6

Le Short tabac-test d'après Fagerstrom

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins0
- 11 à 201
- 21 à 302
- 31 ou plus3

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- moins de 5 minutes3
- 6 à 30 minutes 2
- 31 à 60 minutes 1
- après plus d'1 heure.0

0-1 pas de dépendance

2-3 dépendance modérée

4-5-6 dépendance forte

N°7

Le Fagerstrom

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- moins de 5 minutes3
- 6 à 30 minutes 2
- 31 à 60 minutes 1
- après plus d'1 heure0

Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

- oui1
- non0

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

- la première1
- une autre0

Score total

Interprétation

0-2 pas de dépendance 3-4 dépendance faible 5-6 dépendance moyenne
7-8 dépendance forte 9-10 dépendance très forte

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins0
- 11 à 201
- 21 à 302
- 31 ou plus3

Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- oui1
- non0

Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- oui1
- non0

N°8

Le DETC/CAGE-Cannabis

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de **Diminuer** votre consommation de cannabis ?
2. Votre **Entourage** vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez **Trop** de cannabis ?
4. Avez-vous déjà eu besoin de fumer du **Cannabis** dès le matin pour vous sentir en forme ?

Deux réponses positives à ces questions ou plus évoque une consommation nocive.

N°9 -Questionnaire d'auto-évaluation de consommation nocive de cannabis proposé par le N.H.C. de Nouvelle Zélande (ALAC 1996)

Questionnaire d'auto-évaluation de consommation nocive de cannabis

1. Votre entourage s'est-il plaint de votre usage de cannabis ?
2. Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?
3. Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage de cannabis ?
4. Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans « joint » ?
5. Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?
6. Vous êtes vous déjà senti préoccupé par les effets de votre usage de cannabis ?

7. Avez-vous plus de difficultés à étudier ? à intégrer des informations nouvelles ?
8. Avez vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?
9. Aimez-vous « planer » « être défoncé(e) » (stoned) dès le matin ?
10. Etes-vous de plus en plus souvent « défoncé(e) » ?
11. Avez-vous ressenti « le manque », des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage de cannabis ?

Trois réponses positives, ou plus, suggèrent un usage problématique de cannabis

N°10 – Questionnaire d'autoévaluation de consommation de drogues de synthèse

Questionnaire d'auto-évaluation de consommation nocive de cannabis

ECSTASY, TRIPS, SPEED, COKE, KÉTA, TU GÈRES. JUSQU'OU?

Si une ou plusieurs de ces phrases te correspondent, peut-être devrais-tu te demander où tu en es de ta conso?

- * Tu as déjà fait un (ou des) bad(s) trip(s). Cela t'inquiète, tu y repenses souvent ; mais tu continues quand-même à prendre le même type de produits.
- * Tu as perdu beaucoup de poids depuis que tu consommes ces produits.
- * Même en semaine, tu as du mal à dormir ; tu prends régulièrement des médicaments pour dormir.
- * Tes études / ton travail ne te motivent plus. La semaine n'a aucun intérêt, tu attends seulement le week-end ; le quotidien, c'est beaucoup trop fade.
- * Un week-end sans sortir, ou une teuf sans consommer, est-ce insupportable pour toi ?

- * Tu es toujours fatigué, tu as du mal à te concentrer sur une activité (travail, lecture,...).
- * Tu ne peux pas aller en teuf sans gober, tu t'y ennuierais trop.
- * Tu ne vois plus d'autres amis que ceux qui vont en teuf avec toi ; ce sont quasiment tous des gobeurs. Les autres n'ont pas d'intérêt, tu n'as rien à leur dire.
- * Tu ne peux pas affronter les descentes sans prendre des tranquillisants ou des opiacés.
- * Tu prends systématiquement plusieurs produits différents dans la nuit, un seul effet c'est pas assez pour s'éclater.
- * Plusieurs personnes de ton entourage t'ont dit que tu étais irritable, parfois « parano ».
- * Ton (ta) petit(e) ami(e) te fait des remarques sur ta consommation ; c'est source de conflits entre vous.
- * Quand tu sors, tu commences ta soirée par des bières et des joints avant la teuf, mais tu ne sais pas combien tu en prends au total au cours de la nuit. Tu n'y fais pas attention.
- * Tu es souvent morose, tu t'ennuies facilement.
- * Quand tu entends parler d'un nouveau produit, tu cherches systématiquement à l'essayer.
- * Même si tu n'es pas dans de bonnes conditions (humeur, entourage,...), tu consommes chaque fois que tu en as l'occasion.

N°11- Questionnaire H.A.D.

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide, votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.

Pour répondre aux questions, veuillez entourer le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez actuellement

Score	A	Score	D
Je me sens tendu(e) ; énervé(e) <ul style="list-style-type: none"> • La plupart du temps • Souvent • De temps en temps • Jamais 	3 2 1 0	Je me sens ralenti(e) <ul style="list-style-type: none"> • Tout le temps • Très souvent • Quelquefois • Jamais 	3 2 1 0
J'éprouve des sensations de peur et d'oppression <ul style="list-style-type: none"> • Très souvent • Assez souvent • Parfois • Jamais 	3 2 1 0	J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Pas autant • Plus rarement • Plus du tout 	0 1 2 3
J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose allait m'arriver <ul style="list-style-type: none"> • Oui, très nettement • Oui, mais ce n'est pas grave • Un peu • Pas du tout 	3 2 1 0	J'ai perdu l'intérêt de mon apparence <ul style="list-style-type: none"> • Totalelement • Je n'y fais plus attention • Je n'y fais pas assez attention • J'y fais toujours attention 	3 2 1 0
Je ne tiens pas en place <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Un peu • Pas tellement • Pas du tout 	3 2 1 0	J'arrive à rire et à m'amuser <ul style="list-style-type: none"> • Toujours autant • Plutôt moins • Nettement moins • Plus du tout 	0 1 2 3
Je me fais du souci <ul style="list-style-type: none"> • Très souvent • Assez souvent • Occasionnellement • Rarement 	3 2 1 0	Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses <ul style="list-style-type: none"> • Comme d'habitude • Plutôt moins qu'avant • Beaucoup moins • Pas du tout 	0 1 2 3
J'éprouve des sensations de panique <ul style="list-style-type: none"> • Très souvent • Assez souvent • Rarement • Jamais 	3 2 1 0	Je me sens gai, de bonne humeur <ul style="list-style-type: none"> • Jamais • Rarement • Assez souvent • La plupart du temps 	3 2 1 0
Je peux rester tranquille et me détendre <ul style="list-style-type: none"> • Jamais • Rarement • Oui en général 	3 2 1	Je prends du plaisir à lire un bon livre ou à un bon programme télé <ul style="list-style-type: none"> • Souvent • Parfois • Rarement • Jamais 	0 1 2 3
Additionnez les points des réponses pour le score A		Additionnez les points des réponses pour le score D	

N°12 – INDICATEURS DE RISQUES INDIVIDUELS

A	COMPORTEMENT	<i>Instabilité</i> : diff. à terminer une action, diff. de concentration
		<i>Impulsivité / Agressivité</i> : conduites destructives vis à vis des personnes, des objets
		<i>Troubles des conduites sociales</i> : bagarres fréquentes, tyrannie, cruauté, destruction de biens d'autrui, vols, mensonges, conduites incendiaires, école buissonnière, fugues, crises de colère fréquentes, désobéissance grave répétée, conduites à risque
		<i>Troubles affectifs</i> : Excitation, turbulence, tristesse, dépression, crises de larmes, angoisse, isolement, repli, vécu négatif, idées de mort, discours suicidaire
B	COMORBIDITE PSYCHIATRIQUE	<i>Troubles anxieux</i> : Angoisse (crainte de ne pas tenir le coup, de craquer), peurs excessives (examens, parents, copains, de sortir), trouble phobique (scolaire)
		<i>Troubles du sommeil</i> : Insomnies, réveils nocturnes, cauchemars, hypersomnies, somnolences diurnes
		<i>Troubles des conduites alimentaires</i> : Anorexie, boulimie, hyperphagie, vomissements, contrôle obsédant du poids
		<i>Troubles psychosomatiques</i> : Maux de tête, céphalées, migraines, spasmophilie, fatigue, douleurs diverses

N°13 – INDICATEURS DE RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

C	FAMILIAL	Relations conflictuelles / violence
		Carences socio-éducatives
		Troubles mentaux familiaux (y compris consommation parentale)
		Événements familiaux traumatiques
D	SCOLAIRE	Absentéisme /retards fréquents
		Fléchissement scolaire
		Refus et /ou rupture scolaire
		Echec scolaire
E	PAIRS	Phobie scolaire
		Pairs consommateurs réguliers
		Initiation ou accentuation d'une consommation
		Marginalisation sociale / familiale

Bibliographie

1. Bailey (G. W.), "Current perspectives on substance abuse in youth", *J Am Acad Child –Adolesc Psychiatry*, 1989, 28 : 151-162.
2. Bailly (D.), Bailly-Lambin (I.), « Consommation de substances et toxicomanie chez l'enfant et l'adolescent : données épidémiologiques et stratégies de prévention », *Encycl. Méd. Chir.* Elsevier, Paris, « Pédiatrie », 4-103 B-10, 1999 : 8 p.
3. Bailly (D.), « Particularités cliniques de l'alcoolisme de l'enfant et de l'adolescent », in Ades (J.), Lejoyeux (M.) *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives*, Paris, Masson, 1997, 179-200.
4. Brisseau (S.), Auriacombe (M.), Franques (P.), Daulouede (J.-P.), Tignol (J.), « L'Addiction Severity Index » [The Addiction Severity Index], *Le Courrier des Addictions*, 1999, 1, (5), 200-202.
5. Bukstein (O. G.), Brent (D. A.), Kaminer (Y.), "Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents", *Am. J. Psychiatry*, 1989, 146 : 1131-41.
6. Bukstein (O. G.), Kaminer (Y.), "The nosology of adolescent substance abuse" *Am J Addict*, 1994, 3 : 1-13.
7. Choquet (M.), Ledoux (S.), *Adolescents. Enquête nationale*, Paris, Inserm éditions, 1994 : 346 p. ; *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed revisited), Washington DC, APA, 1987. [Traduction française par Guelfi J. D. et al. Paris, Masson, 1989].
8. Choquet (M.), Facy (F.), Marechal (C.), « Usage de drogues et toxicomanie », in Brückner (G.), Fassin (D., éd.) *Santé publique*, Paris, Ellipses, 1989 : 530-548.
9. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th éd), Washington DC : APA, 1994. [Traduction française par Guelfi (J.D.) et al, Paris, Masson, 1996].
10. Guyon (L.), Landry (M.), Brochu (S.), Bergeron (J.), *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes : l'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT)*, Recherche intervention substances psychoactives, Québec, Laval, QC, les Presses de l'université laval, 1998, 222 p.
11. ICD- 10, *Classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Genève, WHO, 1992, Paris, Masson, 1993.
12. Kaminer (Y.), Bukstein (O. G.), Tarter (T. E.), "The teen addiction severity index (T-ASI) : rational and reliability", *The International Journal Of The Addiction*, 1991, 219-26.
13. Knight (J. R.), Shrier (L. A.), Bravender (T. D.) et al, "A new brief screen for adolescent substance abuse", *The Crafft, Arch Pediatr Adolesc Méd*, 1999, 153 : 591-96.
14. Lejoyeux (M.), Ades (J.), « Echelles d'évaluation de la sévérité de la dépendance à l'alcool », *Alcoologie*, 1999, 21, (3), 403-409.
15. Marcelli (D.), « Les consommations de produits », in Alvin et Marcelli, *Médecine de l'adolescent*, Paris, Masson éditions, 1999 : 237-47.
16. Menetrey (A. C.), « L'alcool, le tabac, des drogues légales toujours bien présentes », in Michaud et Alvin, *La santé des adolescents. Approches, soins et prévention*. Payot, Lausanne, Doin, Paris, Presses de l'Université de Montréal, 1997 : 386-95.
17. Mini DSM-IV, *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, 1994. [Version française, Masson 1996, 105-145].

18. Mouren-Simeoni, Vantalon (V.), « Les conduites addictives aux substances licites et illicites chez l'enfant », in Bailly (D.), Venisse (J.-L.) *Addictions et psychiatrie*, Paris, Masson, 1999 : 91-106.
19. Rahdert (E. R.), *The adolescent assessment referral system manual*, DHHS Publications, N.A.D.M., National Institute on Drug Abuse, 1991, Rockville : 91-1735.
20. Rueff (B.), « Usage des questionnaires systématiques pour le diagnostic d'alcoolisme », in Rueff (B. ed.), *Les malades de l'alcool*, John Libbey Eurotext ed, Paris, 1995 : 142-146.
21. Saunders (J. B.), Aasland (O. G.), Babor (J. F.), De La Fuente (J. R.), Grant (M.) "Development of the alcohol use disorders identification test (audit) : who collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II", *Addiction* 1993, 88 : 791-804.
22. Tarter (R. E.), "Evaluation and treatment of adolescent abuse : a decision tree method", *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1990, 16 : 1-46.
23. Winters (K.), Henly (G.), "Development of problem severity scales for the assessment of adolescent alcohol and drug abuse", *Int J Add*, 1988, 23 : 65-85.

Chapitre III **Repérage et évaluation des usages à risque et de l'usage nocif d'alcool**

Michel Lejoyeux,
François Paille,
Michel Reynaud

L'essentiel des travaux, des publications et des enseignements porte sur les formes les plus sévères d'alcoolisation, finalement souvent prises en charge en milieu spécialisé. Ceci aboutit à un désintérêt relatif pour les formes les plus précoces et pour leurs méthodes de diagnostic et de prise en charge, pourtant efficaces.

Nous avons été amenés à définir le plus clairement possible les usages « à risque » et nocif d'alcool. Tout l'enjeu, dans une société où la consommation d'alcool est largement valorisée, et dans laquelle la très grande majorité des consommateurs n'en perçoit que les côtés positifs, est de faire percevoir ces usages à risque et nocif au sujet concerné, à son entourage (et le plus largement à la population) pour qu'une intervention d'aide et de soins soit possible. En ce qui concerne l'alcool, il faudra s'efforcer d'agir sur les freins individuels et sociaux à la perception de la nocivité.

Comme il est indiqué tout au long du rapport, il faut rappeler que l'association des consommations multiplie les risques de dommage : par exemple, l'association très fréquente de tabac et d'alcool multiplie les risques cancéreux. De même, l'association fréquente alcool-cannabis ou alcool-cannabis-médicament psychotrope multiplie les risques d'accidents, de passage à l'acte ou de troubles des conduites.

I Rappel des définitions

Rappelons les critères retenus pour la définition des usages à risque et de l'usage nocif d'alcool.

Usage à risque

Le risque peut être aigu ou chronique. Il s'agit de toute consommation supérieure au seuil défini ci-dessous mais qui n'entraîne pas de dommages médical, psychique ou social. Les personnes dont la consommation se situe dans ce cadre sont appelées « consommateurs à risque ». Cette catégorie se définit donc :

◆ « **Combien ?** » : soit par une consommation au delà d'un seuil d'intervention défini comme supérieur à 35 verres par semaine chez l'homme, supérieur à 21 verres par semaine chez la femme et/ou supérieur à 4 à 5 verres par occasion. Ceci ne signifie pas que toute consommation inférieure ne pose aucun problème ou, a priori, puisse être encouragée. Il s'agit, dans le domaine des soins, de seuils devant déclencher une intervention thérapeutique. Rappelons que le seuil d'information est par l'OMS de 21 verres pour les hommes et 14 verres pour les femmes.

◆ « **Quand ?** » soit en cas de consommation dans certaines circonstances (risque situationnel) :

- grossesse ;
- conduite automobile ou de machines ;
- association à certains traitements psychotropes.

◆ « **Comment ?** » : soit en cas de modalités de consommation à risque

- de précocité de la consommation d'alcool ;
- de cumul de consommation d'alcool avec d'autres substances ;
- de recherche d'ivresses et notamment en cas d'ivresses précoces ou répétées ;
- de consommation solitaire à visée anxiolytique ou antidépressive.

Usage nocif

Ce type de consommation ne se définit pas par un seuil de consommation, mais par l'existence de dommages liés à une consommation d'alcool répétée sans signes de dépendance. Cette catégorie correspond à la définition de l'abus par le DSM IV et de l'utilisation nocive à la santé de la CIM 10.

Les personnes qui rentrent dans cette catégorie sont appelées « consommateurs à problèmes ».

Il existe naturellement aussi des problèmes en cas de dépendance, mais ce terme est volontairement restreint à la dénomination pour cette catégorie.

Dépendance

La dépendance ne se définit pas par rapport à un seuil de consommation, mais comme une perte de maîtrise de la consommation d'alcool. Ainsi Fouquet la définit comme la perte de la liberté de s'abstenir de consommer. Elle se traduit cliniquement par l'installation d'une tolérance et de signes de sevrage à l'arrêt de la consommation. La personne qui présente une dépendance à l'alcool est dénommée « consommateur dépendant » ou « alcoolo-dépendant ».

La dépendance peut se traduire cliniquement, lorsqu'elle est régulière, par des signes de sevrage lors de l'arrêt brutal de la consommation (dépendance physique).

II Nécessité d'un dépistage précoce

– *Du fait de la prévalence de la consommation d'alcool à problèmes en France* (3.000.000 de personnes concernées) *et notamment en Médecine Générale* comme l'a montré l'enquête de HUAS déjà citée.

– *Parce que les complications sont moins fréquentes et/ou moins graves* à ce stade, qu'il s'agisse de complications organiques, mais aussi psychologiques, familiales, sociales, professionnelles...

– *Parce que le traitement est plus efficace et moins coûteux.*

III Qui peut repérer les formes précoces ?

Une des difficultés de la maladie alcoolique est de repérer les personnes qui présentent une consommation entraînant ou susceptible d'entraîner des problèmes. Si l'on propose des catégories d'usage dans un but pratique, il faut bien comprendre que l'idée d'un continuum allant d'un usage socialement intégré à faible risque à une consommation importante génératrice de multiples problèmes médicaux, sociaux, psychologiques et de dépendance, a progressivement remplacé celle d'une frontière nette entre consommation pathologique et non pathologique. Cependant, l'évolution d'une catégorie vers une autre plus grave est loin d'être systématique. : la plupart des personnes conservent toute leur vie un usage social. Beaucoup de celles qui sont à risque ou à problèmes resteront dans ces catégories sans évoluer vers la dépendance. Le retour spontané vers une catégorie de risque inférieur est également possible.

À ce stade, comme d'ailleurs aux stades plus tardifs, l'entretien n'est pratiquement jamais motivé par la consommation d'alcool et par une demande de soins.

Insistons sur le fait que ce dépistage, par définition, ne peut être le fait de spécialistes. Il est du domaine des médecins généralistes.

Cependant, beaucoup de patients jeunes ne présentant pas de gros problèmes de santé ne consultent pas. D'autres personnes des champs sanitaire et social : (enseignants, travailleurs sociaux, médecin du travail et, évidemment, l'entourage...) peuvent donc jouer un rôle important.

IV Le dépistage doit être systématique : recherche d'usages à risque et d'usage nocif

Le dépistage précoce systématique d'une maladie nécessite qu'un certain nombre de conditions soient réunies pour pouvoir être raisonnablement proposé, et notamment de pouvoir définir un seuil d'intervention et disposer de méthodes d'intervention efficaces modifiant le pronostic de l'affection (tableau 2).

Tableau 1

Conditions nécessaires à la pratique d'un dépistage systématique d'une maladie (selon Sackett)
1. Le dépistage précoce de la maladie considérée résulte en un meilleur pronostic, en terme de survie, d'état fonctionnel et de qualité de vie.
2. Les ressources sont suffisantes pour assumer le travail supplémentaire dû à la confirmation du diagnostic, aux interventions thérapeutiques et au suivi des patients ayant été dépistés.
3. La compliance au(x) traitement(s) des patients dépistés est bonne.
4. Les conséquences délétères de la maladie considérée justifient un dépistage précoce à but préventif.
5. Le coût, la validité et l'applicabilité du test de dépistage sont connus et raisonnablement acceptables.

Le dépistage systématique de l'usage nocif d'alcool est actuellement recommandé aux médecins par de nombreuses institutions, notamment canadiennes et américaines (Haggerty, NIAAA), du fait de la fréquence de cette pathologie, aussi bien en médecine ambulatoire qu'à l'hôpital, et de son coût financier et humain. *Le dépistage de la consommation nocive d'alcool sans dépendance, associé à une approche thérapeutique adaptée, dite intervention brève, a fait l'objet de*

nombreux essais cliniques contrôlés démontrant la pertinence de cette pratique en milieu médical : plusieurs essais randomisés ont rapporté une baisse significative de la consommation et/ou des problèmes associés grâce à ce type de méthode (Yersin).

Évaluation systématique de la consommation d'alcool

Une consommation dangereuse d'alcool peut être dépistée de manière relativement simple si l'on accepte de la considérer comme un facteur de risque de mauvaise santé et donc ***de la faire préciser systématiquement pour tout nouveau patient***, au même titre que les antécédents personnels et familiaux ou d'autres facteurs de risque tels que la consommation de tabac, de médicaments, les habitudes alimentaires, l'activité physique... Chez les consommateurs à risque, l'expression de cette consommation dans un contexte systématique, en dehors de tout aspect inquisitorial ou moralisant, ne pose habituellement guère de problèmes. La minimisation, souvent mise en avant, a peu d'importance puisqu'il s'agit d'apprécier cette consommation par rapport à un seuil d'intervention et non de l'évaluer avec exactitude. Beaucoup de patients n'ont d'ailleurs pas réellement conscience que leur consommation pose problème et n'ont pas de vraie difficulté à l'exprimer. Il peut naturellement en aller tout autrement chez le patient dépendant.

Cette consommation est évaluée en verres, unité internationalement reconnue de consommation que les patients savent bien exprimer. La quantité d'alcool ingérée est indépendante du type de boisson consommée car la taille des verres est inversement proportionnelle à la teneur en alcool de la boisson.

Ainsi, si l'on considère les verres de café « standards », il y a sensiblement autant d'alcool dans un verre de spiritueux, de vin ou de bière, soit environ 10 à 12 g d'alcool pur.

Il convient de différencier :

- les consommations régulières, quotidiennes : le nombre de verres consommés au cours de la semaine précédente donne une bonne idée de la situation ;
- les consommations irrégulières : estimer le nombre de verres consommés par occasion de boire, ainsi que le nombre de jours avec alcool, par semaine ou par mois selon les cas.

Évaluation de l'usage à risque

Cette évaluation fait directement référence à la définition de l'usage à risque :

- Combien ? Renvoie aux seuils de définition ;

- Quand ? Renvoie à la recherche de certaines situations particulièrement à risque : grossesse, conduite automobile ou de machines, association à d'autres médicaments susceptibles de potentialiser son action ;
- Comment ? Renvoie à la recherche de certaines modalités de consommation : précocité particulière, polyconsommations, recherche d'ivresses, de consommation à visée d'automédication...

Évaluation de l'usage nocif

A) Les questionnaires (Yersin)

De très nombreux questionnaires ont été proposés pour dépister les consommations d'alcool à risque, la dépendance ou les problèmes liés à l'alcool. Peu ont été adaptés à la France. Parmi ces derniers, on peut proposer d'en retenir 2 qui sont orientés vers l'identification des consommations à problème :

Le DETA

Acronyme français du CAGE, il a l'avantage d'être simple (4 questions) et d'être réputé identifier les problèmes d'alcool à un stade plus précoce que d'autres comme le MAST par exemple qui est davantage un test de dépendance (tableau 3). Pour le diagnostic sur la vie entière, ce questionnaire a une sensibilité de 78 % et une spécificité de 76 % (Aubin). Pour le diagnostic actuel, celles-ci sont respectivement de 100 % et 76 %. Cependant, malgré sa simplicité, son administration systématique n'est pas toujours facile en médecine ambulatoire (Perdrix).

Questionnaire DETA	
1.	Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2.	Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3.	Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?
4.	Avez-vous déjà eu besoin d' Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
Deux réponses positives à ces questions ou plus évoque une consommation nocive.	

L'audit

Développé sous l'égide de l'OMS (Saunders), est également destiné à l'identification précoce de la consommation dangereuse (tableau 4). Ses caractéristiques psychométriques semblent bonnes, même si la valeur seuil est parfois discutée (Aubin). Contrairement au DETA qui explore la vie entière, l'AUDIT explore les 12 derniers mois de la vie du patient. D'autre part, sa construction plus fine et détaillée, permet de mieux préciser l'usage nocif et la dépendance.

Tableau 4 – Questionnaire AUDIT

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
TOTAL						

Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool.

Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool.

B) Les critères diagnostiques du DSM IV

Les critères diagnostiques du DSM IV peuvent eux aussi être utilisés :

- 1) Avez-vous été à plusieurs reprises **ivre ou « défoncé(e) »** alors que vous aviez des choses à faire au travail (à l'école) ou à la maison? Cela a-t-il posé des problèmes ?
- 2) Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans **une situation** où cela était **physiquement risqué** comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc ?
- 3) Avez-vous eu des **problèmes légaux** parce que vous aviez bu ?
- 4) Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait **des problèmes avec votre famille ou votre entourage** ?

V Le dépistage peut être ciblé lorsqu'il existe déjà des dommages : usage nocif

Peu d'études ont été consacrées, en France, au dépistage systématique, notamment à sa faisabilité en médecine ambulatoire, à son acceptabilité par les médecins et les patients. De ce fait, le dépistage est habituellement ciblé. Il repose sur :

A) Les signes d'alerte et les signes précoces

D'une manière générale, plus le diagnostic est précoce, moins le tableau est évocateur, la difficulté étant de rapporter les signes à la consommation d'alcool. Il convient donc d'y penser systématiquement en recherchant des signes le plus souvent totalement aspécifiques mais évocateurs par leur accumulation qui doit attirer l'attention. Le préambule est donc qu'on s'enquiert de l'existence ou non de ces signes, ce qui signifie que détecter précocement un mésusage de l'alcool impose d'abord d'y penser pour ensuite rechercher les signes de présomption.

L'attention sera attirée par :

- une certaine instabilité (conjugo-familiale, professionnelle, d'humeur) dont font souvent preuve les personnes mésusant de l'alcool ;
- un moins bon état de santé caractérisé par un taux de fréquentation des professionnels de santé ou des dispositifs de soins très supérieur à celui de la population générale.

L'état somatique

Les plaintes variables selon les patients, plus ou moins banales et spécifiques doivent être évocatrices par leur association :

- fatigabilité, difficultés de concentration, baisse d'efficacité physique, intellectuelle et professionnelle, nervosité et irritabilité, toutes accentuées par des troubles du sommeil ;
- troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales), anorexie, voire crampes musculaires. L'examen clinique à ce stade est relativement pauvre : il existe fréquemment un léger tremblement d'attitude des extrémités, permanent, un tremblement de la bouche ou de la langue, des conjonctives un peu rouges, hyperhémées, une tension artérielle un peu élevée voire une hépatomégalie.

L'état psychologique

Il est marqué par une baisse d'efficacité physique, intellectuelle et professionnelle, une irritabilité, une nervosité, une agressivité inhabituelle, une humeur instable passant rapidement de l'euphorie à la dépression.

La situation environnementale

Une alcoolisation excessive peut être à l'origine de troubles sociaux, familiaux, conjugaux ou professionnels, mais à l'inverse, ces mêmes troubles peuvent conduire à une alcoolisation excessive réactionnelle. Dans un premier entretien, il est difficile de faire la part de ce qui est cause ou conséquence ; aussi se bornera-t-on à faire un état des lieux :

- la personne supporte moins bien son entourage et les enfants, a tendance à s'isoler et délaisse certaines activités ;
- la relation conjugale est marquée par des conflits verbaux plus ou moins aigus soit par une indifférence, les relations sexuelles sont fréquemment inexistantes et/ou insatisfaisantes ;
- l'entourage a déjà pu remarquer que la consommation d'alcool a tendance à augmenter lors des dîners ou des fêtes : les prétextes sont nombreux pour consommer, des problèmes aigus (conduite en état d'alcoolisation par exemple) ou chroniques (difficultés familiales, professionnelles...) ont déjà pu se poser ;
- sur le plan professionnel, on s'attachera à savoir s'il existe un désintérêt, un absentéisme et/ou des arrêts de travail fréquents, des conflits avec les collègues et/ou la hiérarchie.

La répétition

L'existence concomitante de difficultés familiales ou professionnelles comme un absentéisme ou d'accidents du travail survenant avec une fréquence anormalement élevée sont également très évocatrices par leur répétition d'un problème d'alcoolisation chronique.

B) La consommation déclarée d'alcool telle que définie plus haut

C) Les questionnaires présentés ci-dessus

Ils peuvent être une aide complémentaire au dépistage en cas de doute. Ils peuvent également être utilisés comme des auto-questionnaires remplis par le patient, dont le résultat est ensuite discuté avec lui. Un document récent a d'ailleurs été réalisé par le CFES pour aider les médecins. Intitulé : *l'alcool, ouvrons le dialogue*, il fournit aux médecins des documents intéressants adaptés aux différents stades de motivation des patients.

VI Le diagnostic de l'abus d'alcool à l'aide des marqueurs biologiques

La définition clinique de l'usage nocif d'alcool est claire et internationalement acceptée (DSM IV, CIM 10). On peut la résumer comme suit : mode d'utilisation inadéquat d'alcool depuis au moins douze mois conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative sans pour autant rencontrer les critères de la dépendance. Il s'agit donc d'une consommation répétée, nocive pour la santé, entraînant des dommages avec des conséquences organiques ou psychosociales.

L'usage nocif d'alcool est environ deux fois plus fréquent que la dépendance [1]. On considère que la prévalence en France de sujets dépendants est au minimum de 3 % et celle de sujets ayant une consommation abusive d'alcool est de 6 %. La gravité des complications sociales, psychiques et somatiques d'un usage nocif d'alcool et le risque d'évolution vers l'alcoolodépendance [8] devraient amener à focaliser les efforts des médecins sur la détection de ces patients afin de les amener à s'engager dans un traitement.

Malgré cela, les sujets ayant des problèmes d'alcool sont essentiellement diagnostiqués au stade des complications médicales, alors que la plupart des complications judiciaires, sociales et psychologiques apparaissent plus précocement.

De même aujourd'hui, moins de la moitié de ces patients sont diagnostiqués par leur médecin [9], et un traitement n'est proposé qu'à 24 % d'entre eux.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces mauvaises performances : du côté du médecin, des attitudes négatives vis à vis des personnes en difficulté avec l'alcool, le scepticisme à propos de l'efficacité du traitement ; du côté du malade, le déni très fréquent du problème s'appuie sur l'absence de dépendance et sur l'absence de représentation sociale de la consommation abusive : les représentations sociales, du moins en France, étant, soit très positives (l'alcool symbole alimentaire et bénéfique ou symbole de fête ou symbole de relations sociales ou marqueur culturel) soit, à l'opposé, totalement négatives, « l'alcoolisme » se confondant avec l'alcoolisme dépendance. L'absence de représentation sociale de l'usage nocif d'alcool permet au malade de considérer que, n'étant pas dépendant, il n'est pas « alcoolique » et donc de renforcer sa tendance au déni.

Dans ces conditions, la nécessité d'une objectivation de l'usage nocif d'alcool s'impose, aussi bien pour le médecin que pour le malade.

Nous nous proposons, en faisant référence à un article récemment publié sur ce sujet spécifique et à la revue de la littérature sur la CDT (Schellenberg), de discuter la performance (sensibilité, spécificité) des marqueurs biologiques tel que VGM, GGT et CDT pour le diagnostic de l'usage nocif d'alcool. Ceci pour donner aux médecins un outil simple et maniable afin de pouvoir faciliter la maturation et la prise de conscience du patient.

Vgm

Le VGM est un marqueur d'un alcoolisme déjà installé. Sa demi-vie étant de trois mois, il est plutôt considéré comme un marqueur du long terme. On ne peut pas le considérer comme témoin précoce car sa sensibilité est trop faible pour être un marqueur utile dans le dépistage de l'usage nocif d'alcool. L'étude sur l'objectivation de l'abus d'alcool par des marqueurs biologiques, a trouvé une sensibilité de 24 %, une spécificité de 96 %. C'est à dire que 76 % des patients présentant un abus d'alcool ne seront pas détectés en utilisant le VGM. Par contre, dans l'alcoolisme dépendance, la sensibilité augmente à 63 %. La spécificité du VGM est élevée mais sa sensibilité est trop faible.

Gamma GT

La GGT est une enzyme membranaire d'origine hépatique bien connue autant par les patients que par les praticiens. Rappelons que le

taux de Gamma GT augmente suite à une consommation de 80 à 200 grammes d'alcool par jour pendant plusieurs semaines [14]. Sa sensibilité dans l'abus d'alcool est meilleure que celle du VGM mais reste faible (42 %) avec une spécificité de 76 % seulement. En effet, il y a diverses interférences à répertorier comme la cirrhose du foie, les choléstases hépatiques, les cardiopathies, le diabète et bien sûr certains traitements inducteurs enzymatiques comme par exemple les anti-épileptiques. Dans l'alcoolisme dépendance, la sensibilité augmente à 80 %. À cause de la faible sensibilité et spécificité de la GGT dans le dépistage des patients ayant une consommation nocive d'alcool, ce marqueur biologique, utilisé seul, ne s'avère pas efficace comme moyen pour objectiver le diagnostic.

Transferrine désialylée CDT

La transferrine est une beta-glycoprotéine participant au transport du fer. Il existe neuf isoformes de la transferrine [16] (voir encadré 2). Les formes asialo, monosialo et disialo-transferrine constituent la transferrine désialylée proprement dite. Ce marqueur était décrit pour la première fois par Hélène STIBLER en 1979. Sa demi-vie est de l'ordre de deux semaines. À l'heure actuelle, les seuls faux-positifs connus sont les atteintes hépatiques très sévères, une variante génétique de la transferrine est le Carbohydre Deficient Glycoprotein Syndrom. Chez la femme enceinte, on note également une augmentation relativement faible de l'activité de la CDT. De nombreuses études ont montré que la CDT dans les problèmes d'alcool a une très bonne sensibilité (82 %) et spécificité (97 %).

La CDT est un marqueur intéressant des consommations à risque. Le taux de la CDT augmente pour les consommations plus faibles que celles nécessaires pour augmenter la GGT. Bien qu'aucune étude portant sur un grand nombre de patients n'ait pu clairement définir la quantité, la durée, ou la fréquence de consommations nécessaires pour élever le taux de CDT, toutes les données expérimentales indiquent qu'une consommation d'alcool comprise en 50 et 80 grammes par jour pendant au moins deux semaines augmente le taux de CDT chez 81 à 94 % des sujets.

La CDT dans l'usage nocif : dans l'étude, ciblant l'usage nocif d'alcool il a été trouvé pour la CDT une sensibilité de 67 % et une spécificité de 97 %. Dans l'alcoolisme dépendance, la sensibilité de la CDT était de 85 %. D'autres études qui ont trouvé des sensibilités et spécificités plus faibles ont soit, inclus des patients ayant une consommation de 40 grammes par jour pour les hommes et de 25 grammes par jour pour les femmes ce qui est effectivement insuffisant

pour augmenter la CDT, soit ont utilisé des techniques de dosage mesurant aussi la trisialo-transferrine (voir encadré 2).

La combinaison des différents marqueurs biologiques pour le diagnostic de l'usage nocif d'alcool

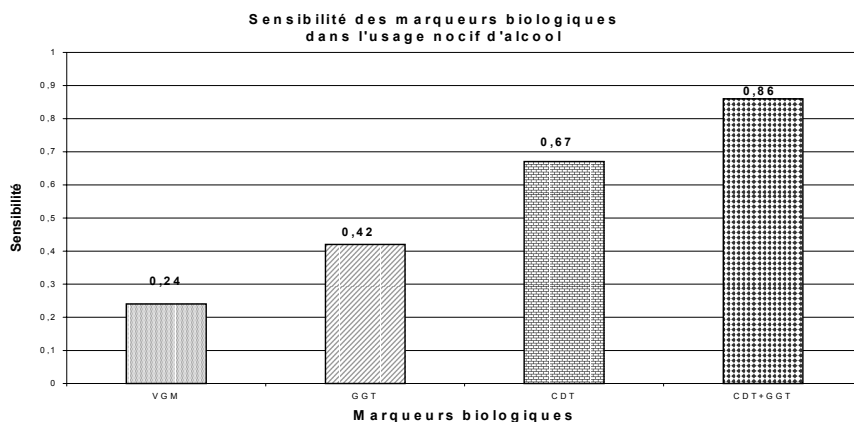
La combinaison des différents marqueurs accroît leur sensibilité mais réduit leur spécificité. L'alliance de la CDT et du VGM augmente la sensibilité à 70 % avec une spécificité qui reste très bonne (93 %). **La combinaison de la CDT et de la Gamma GT élève la sensibilité à 86 % ce qui objective fort bien l'usage nocif lorsqu'il y a un doute clinique.** Toutefois, elle diminue la spécificité à 74 % ce qui est essentiellement liée à la faible spécificité de la Gamma GT.

Le couple CDT-Gamma GT est particulièrement intéressant parce que le mécanisme biologique de leur augmentation lié à la consommation d'alcool est différent. Différentes études ont montré qu'il n'y avait pas de corrélation entre la GGT et la CDT.

La combinaison de la CDT avec la Gamma GT a une très bonne sensibilité et paraît donc un bon indicateur pour diagnostiquer un usage nocif d'alcool.

Usage nocif d'alcool					
Marqueurs biologiques	VGM	GGT	CDT	CDT+ VGM	CDT+ GGT
Sensibilité	0.24	0.42	0.67	0.54	0.86
Spécificité	0.96	0.76	0.97	0.75	0.74

Sensibilité et spécificité des marqueurs biologiques dans l'usage nocif d'alcool [13]



Cas particulier : les marqueurs dans le diagnostic de l'ivresse

Dans une étude conduite pendant deux mois au service d'accueil d'urgence du CHU de Clermont-Ferrand, il a été quantifié le taux de la CDT et de la Gamma GT et posé le questionnaire CAGE parmi tous les patients présentant une intoxication éthylique aiguë (DSM IV). Ces intoxications témoignent d'un usage nocif d'alcool, ainsi par exemple 82 % des sujets avaient un questionnaire CAGE positif.

Étaient exclus de l'étude les sujets : qui ne donnaient pas leur consentement, qui présentaient un syndrome de sevrage, qui présentaient un état médical grave, les tentatives des suicides, les patients ayant des pathologies sans rapport avec l'alcool modifiant les Gamma GT et /ou qui prenaient des médicaments modifiant le taux de Gamma GT.

Les résultats sont très parlants :

- en ne prenant que la Gamma GT comme moyen de dépistage, 41,57 % seulement des patients avaient un taux supérieur à la normale et donc un dépistage positif ;
- en utilisant la CDT seule comme méthode de dépistage, 65,66 % des patients était positifs ;
- en associant la GGT et la CDT 79,52 % des patients avaient un diagnostic positif, ce qui s'explique par l'absence d'une corrélation entre ces deux marqueurs.

La différence entre un dépistage basé seulement sur la Gamma GT et la combinaison de ces deux marqueurs est de 37,95 %. La moitié

environ des sujets ayant une consommation nocive d'alcool n'étaient pas détectés par la GGT et ont pu être dépistés par l'utilisation de la CDT.

Avenir de la CDT

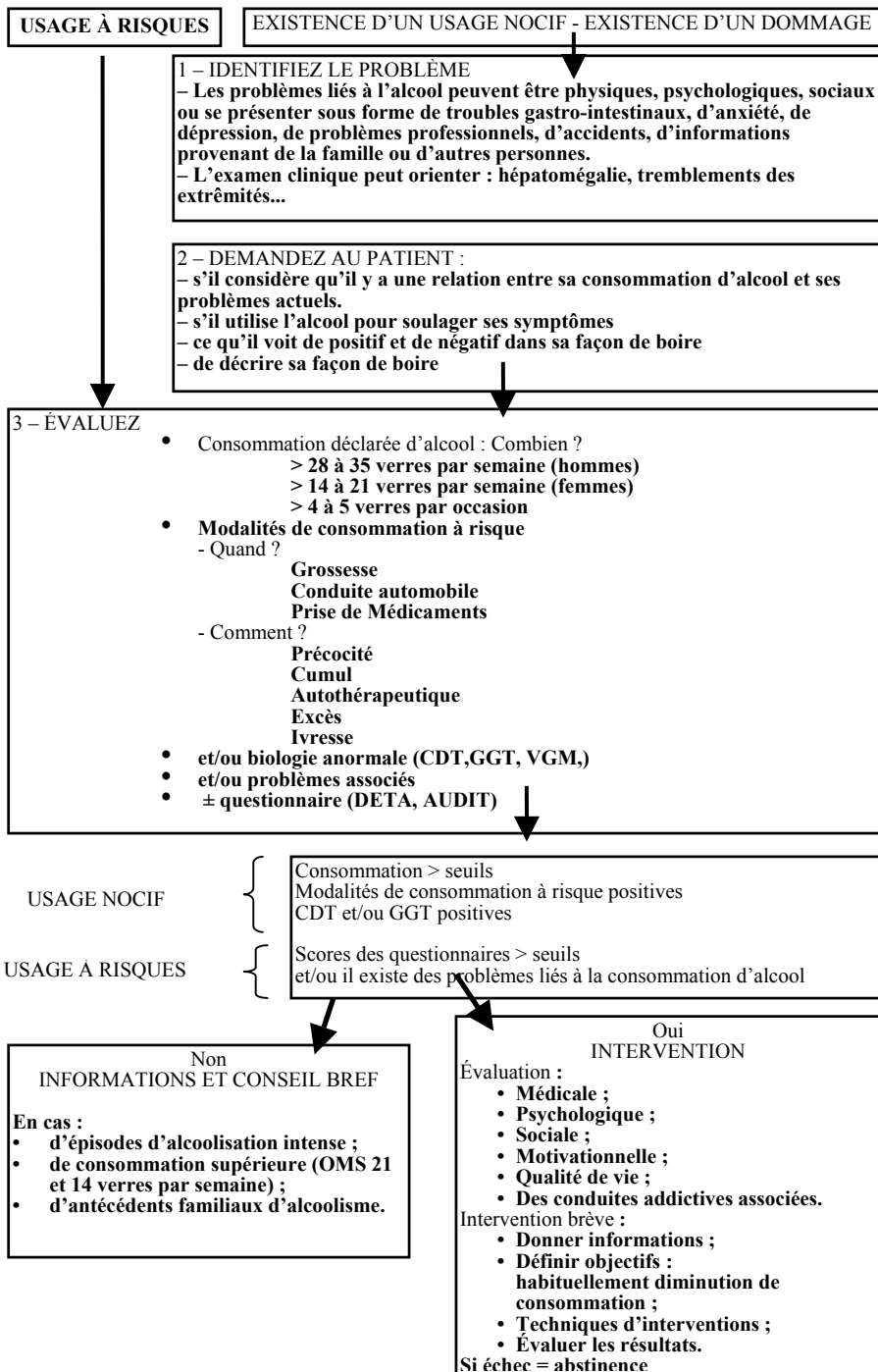
En 1979, Helena Stibler décrit dans le sérum de sujets alcoolo dépendants un composant anormal de la transferrine sérique, caractérisé par un point isoélectrique plus élevé que celui du composant principal. Dans le plasma du sujet sain, la forme prépondérante est la transferrine tétrasialylée (80 %), mais on trouve également des formes pentasialylées (15 %), hexasialylée (1 %), trisialée et des formes asialylée, monosialylée-, et disialylée. Ces dernières formes constituent la CDT proprement dite.

La technique actuellement remboursée par la sécurité sociale nécessite un équipement et un agrément spécial du laboratoire, car elle utilise un tracteur radioactif. Elle mesure principalement les isoformes d'asialo et monosialo, ce qui explique sa sensibilité un peu plus faible, comparée aux techniques mesurant aussi la disialotransferrine. Ces dernières sont vendues en coffret, utilisable par tous les laboratoires, par contre elles mesurent également jusqu'à 50 % de la trisialotransferrine, ce qui entraîne une perte de la spécificité. À l'heure actuelle, seule la technique décrite par Schellenberg et Weil, une technique « artisanale » est capable de mesurer les formes asialylée, monosialylée et disialylée. Cette technique montre de meilleurs résultats, mais elle reste, à cause de sa complexité, réservée à seulement quelques laboratoires. À partir de la fin de l'année 2000 un coffret sera commercialisé par le laboratoire BIORAD reprenant les caractéristiques de la méthode Schellenberg. Il faut cependant attendre que le dosage à l'aide de cette méthode soit inscrit à la nomenclature.

La CDT est maintenant reconnue comme un marqueur plus spécifique et plus sensible de la consommation d'alcool que les marqueurs conventionnels. La CDT apparaît également comme un outil de choix pour le diagnostic précoce d'une consommation nocive d'alcool, pour l'objectivation d'une alcoolo-dépendance à GGT normale, ainsi que pour le suivi du maintien de l'abstinence et le diagnostic des rechutes [15]. L'utilisation de la CDT est fortement utile dans la détection des patients ayant une consommation nocive d'alcool, avec ou sans maladies hépatiques et indépendamment du fait qu'ils nient ou minimisent leur consommation d'alcool.

Enfin l'association de la GGT et de la CDT s'avère très efficace dans le dépistage d'un usage nocif d'alcool pressenti par la clinique.

Repérage des usages à risques et de l'usage nocif d'alcool



Bibliographie

1. Allebeck (P.) Olsen (J.), (1998) "Alcohol and fetal damage", *Alcohol Clin Exp Res* 7 : 329-32.
2. Anderson (P.), Scott (E.) (1992) "The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men", *Brit J Addict* 87 : 891-900.
3. Aubin (H. J.), Marla (D.), Barrucand (D.), « Modes d'évaluation standardisée de l'alcoolisme », in *Alcoolisme et Psychiatrie, données actuelles et perspectives*, ADES, J, Lejoyeux (M.) eds, Masson, Paris, 1997 : 57-65.
4. Bush (B.), Shaw (S.), Cleary (P.), Delbanco (T. I.), Aronson (M. D) (1987), "Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire", *Am J Med*, 82 : 231-5.
5. Coates (R. A.), Halliday (M. L.), Rankin (J. G.), Feinman (S. V.), Fisher (M. M.) (1986) "Risk of fatty infiltration or cirrhosis of the liver in relation to ethanol consumption : a case control study", *Clin Invest Med* 9 : 26-32.
6. Department of Health, *Sensible drinking. The report of an inter-departmental working group-Wetherby*, Department of Health, 1995.
7. Edwards (G.), *Alcohol policy and the public good*.Oxford, World Health Organization, 1994.
8. Haggerty (J. L.), « Détection précoce de la consommation excessive d'alcool et counselling des buveurs à risque » in « Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique ». Ed *Guide Canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa : Canada Communication Group Publishing 1994, chap 42.
9. Hasin (D. S.), Grant (B.), Endicott (J.), (1990) "The natural history of alcohol abuse : implication for definitions of alcohol use disorders", *Am J Psych* 147 : 1537-41
10. Huas (D.), Allemand (H.), Loiseau (D.) et coll. « Prévalence du risque et des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste », *Rev Prat* 1993, 203 : 39-44.
11. Lejoyeux (M.), Ades (J.), « Echelles d'évaluation de la sévérité de la dépendance à l'alcool », *Alcoologie*, 1999, 21, (3), 403-409
12. Mini DSM-IV, *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, 1994, version française, Masson 1996, 105-145.
13. Moore RD, BONE LR, Geller G, Mannon JA, Stoke EJ Levine DM : (1989) Prevalence, detecting and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA* 261 : 403-7
14. Mura (P.), *Alcool, médicaments, stupéfiants et conduite automobile*, Paris, Elsevier, 1999, "Option Bio", 239 p., Aubin (H. J.)
15. National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) : the Physician's Guide to helping Patients with Alcohol Problems, Rockville, NIH publication, 1995 : 95-3769.
16. National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) : the Physician's Guide to Helping Patients with Alcohol Problems, Rockville, NIH publication, 1995 : 95-3769.
17. Pequinot (G.), Tuyns (A. J.), Berta (J. L.) (1978), "Ascitic cirrhosis in relation to alcohol consumption", *Int J Epidemiol* 7 : 113-20.
18. Perdrix (A.), Decrey (H.), Pecoud (A.), Burnand (B.), Yersin (B.) et le groupe des praticiens PMU, « Dépistage de l'alcoolisme en cabinet médical : applicabilité du

- questionnaire "CAGE" par le médecin praticien », *Schweiz Med Wochenschr* 1995, 125 : 1772-1778.
19. Planche (F.), Maradeix (B.), Malet (L.), Plane (M.), Planche (R.), Reynaud (M.), (1998) « La transferrine désialylée (CDT) en pratique alcoologique quotidienne », *Alcoologie*, 20 (2) :127-35.
 20. Potter (J F.), Beevers (D C.), (1991) Factors determining the acute pressor reponse to alcohol. *Clin Exp Hypertens* 13(1) : 13-24.
 21. Reynaud (M), Parquet (P J.), Les personnes en difficultés avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance : propositions. Paris : CFES (1999).
 22. Reynaud (M), Schellenberg (F), Meunier (M. N.), Schwan (R.), Maradeix (B.), Planche F.), Gillet (C.) (2000) « Objective Diagnosis of Alcohol Abuse : Compared values of carbohydrate-deficient transferrin (CDT), gamma-glutamyl transferase (GGT) and mean corpuscular volume (MCV) »
 23. Reynaud (M.), Schwan (R.), Meunier (MN.), Albuissou (A.), Deteix (P.) "Patients admitted to Emergency Services for Drunkenness : Moderate Alcohol Users or Harmful Drinkers?", *Am. J. of Psych*, 2001, 158 : 96-99.
 24. Rueff (B.), « Usage des questionnaires systématiques pour le diagnostic d'alcoolisme », in Rueff (B.) ed, *Les malades de l'alcool*, John Libbey Eurotext ed, Paris, 1995 : 142-146.
 25. Sackett (D. L.), Haynes (R. B.), Tugwell (P.), *Clinical epidemiology : a basic science for clinical medicine*, Boston/Toronto : Little, Brown and Co, 1985.
 26. Saunders (J. B.), Aasland (O. G.), Babor (J. F.), De La Fuente (J. R.), Grant (M.) "Development of the alcohol use disorders identification test (audit) : who collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II", *Addiction* 1993, 88 : 791-804.
 27. Schellenberg (F.), Bénard (J.), Goff (A.), Bourdin (C.), Weill (J.) "Evaluation of carbohydrate-deficient transferrin compared with Tf index and other markers of alcohol abuse", *Alcohol Clin Exp Res* 1989, **13** : 605-10.
 28. Schellenberg (F.), Mouray (H.), « La transferrine déficiente en hydrates de carbone : quoi de neuf 20 ans plus tard ? » *Ann Biol Clin* (2000) 58 :298-309.
 29. Seppä (K.), Laippala (P.), Sillanaukee (P.), "Drinking pattern and blood pressure", *Am J Hypertens* (1194) 7 : 249-541.
 30. Sillanaukee (P.) "Laboratory markers of alcohol abuse", *Alcohol & Alcoholism* (1996) 31 (6) : 613-16.
 31. Stibler (H.), Borg (S.), Joustra (M.), Hultcantz (R.), "Carbohydrate deficient transferrin (CDT) in serum as a marker of high alcohol consumption", *Advances in the Biosciences* (1988) 71 : 353-57.
 32. Stibler (H.), "Carbohydrate deficient transferrin in serum : a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed", *Clin Chem* (1991) 37 (12) : 2029-2037.
 33. Vaillant (G. E.) "What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction?" *Br J Addiction* (1988) 83 : 1147-57.
 34. Woody (G. E.), Cottler LB, Cacciola (J.) "Severity of dependence : data from the DSM-IV field trials", *Addiction*. 1993 Nov,88(11) :1573-9.
 35. Yersin (B.), « Les questionnaires de dépistage en alcoologie », *Alcoologie* 1999, 21 : 397-401.
-

Chapitre IV **Repérage et évaluation des usages à risque et de la dépendance au tabac**

Bertrand Dautzenberg,
Henri-Jean Aubin,
Michel Reynaud

Le problème avec le tabagisme n'est évidemment pas le repérage (ou le diagnostic), la consommation étant généralement parfaitement admise pour les consommateurs, et parfaitement légale.

Les difficultés sont d'un tout autre ordre, et, pour les comprendre on doit avoir en tête le fort pouvoir addictogène du tabac :

– étant donné le potentiel addictif (Woody 93), il est légitime de tout faire pour éviter **l'initiation** ;

– l'installation de la dépendance étant d'autant plus rapide que l'initiation est précoce (deux fois plus rapide avant 15 ans qu'après), il est légitime de retarder autant que possible l'installation de la première expérience, du passage au tabagisme régulier et de l'augmentation du nombre de cigarettes

– la dépendance s'installant en quelques années, il convient de faire prendre conscience des risques encourus pendant cette période ; c'est à dire à **l'adolescence**, et amener les adolescents à arrêter ou diminuer leur consommation afin d'éviter l'installation de cette dépendance

– la disponibilité du tabac étant totale (seulement réduite par l'augmentation des coûts du paquet et la limitation des lieux et donc des tranches horaires où il est possible de fumer), et son potentiel addictif étant très fort, **les caractéristiques de vulnérabilité personnelle ou sociale interviennent à un moindre degré** dans l'installation de la consommation et de la dépendance : de nombreux sujets, sans caractéristiques psychologiques ou sociales particulières, deviennent dépendants à la nicotine. La disponibilité et le potentiel addictif du tabac et la fréquence des consommateurs dépendants légitime donc, **au-delà des actions communes à toutes les addictions, des actions spécifiques au risque tabac visant à la prévention de la prise et de la prise**

régulière de cette première consommation de substance addictive chez les plus jeunes et au sevrage tabagique dès 16-18 ans.

Toutefois, **le tabagisme est souvent associé (le plus souvent dans un second temps) aux autres consommations de psychotropes** (alcoolo-tabagisme, tabagisme et usage nocif de haschich, tabagisme associé à l'héroïnomanie et aux autres consommations de drogues illicites), il est alors encore plus difficile à traiter, témoin et facteur de gravité. Il conviendra donc de s'intéresser tout particulièrement à ces polyconsommateurs chez les plus grands.

De même, lorsque **le tabagisme s'inscrit sur un terrain anxio-dépressif**, le sevrage est également plus difficile, nécessitant, nous le verrons un accompagnement plus intensif : il conviendra donc de s'attacher à repérer et à traiter ces troubles anxieux et dépressifs associés au tabagisme.

I La prévention primaire du tabagisme

L'initiation du tabagisme est un phénomène social qui dépend avant tout de l'image du tabac dans la société. Image fortement influencée par les images que l'industrie du tabac veut donner (Le cowboy Marlboro, le chameau Camel, image de tabagisme féminin en Asie (ou les femmes fument beaucoup moins que les hommes)

L'initiation du tabagisme se fait en France à 90 % entre 13 et 17 ans, en pleine adolescence. La prévention de toute promotion du tabagisme vers les jeunes doit être renforcée (bien qu'illégale elle se poursuit de façon constante, avec en particulier les nuits bleues qui fleurissent en France).

Le repérage individuel des facteurs de risques de devenir fumeur ont peu de pertinence pour une toxicomanie aussi répandue (plus de 75 % des jeunes ont essayé la cigarette et 44 % des jeunes filles et des garçons sortent fumeurs réguliers du monde scolaire). Les facteurs les plus pertinents sont liés à l'attitude de l'entourage vis à vis du tabagisme. Le tabagisme est un phénomène de groupe en particulier chez les jeunes (les non-fumeurs ont dans 2/3 des cas un meilleur ami non fumeur et les fumeurs dans 2/3 des cas un meilleur ami fumeur selon les enquêtes de l'association « Paris Sans tabac » sur les jeunes parisiens, le risque d'être fumeur chez les garçons de moins de 15 ans ayant un meilleur ami fumeur est même multiplié par 10). Le tabagisme de la mère, du père, des frères et des sœurs est aussi un facteur de risque important. (Dautzenberg 92)

Les mesures collectives de prévention primaire doivent donc être actuellement privilégiées. Dans le futur, si le pourcentage et la situation sociale de l'initiation du tabagisme se modifiaient profondément en France comme il est en train de se modifier aux États Unis, des prises en charge spécifiques de la prévention du tabagisme dans certaines catégories à risques pourraient être développées.

Cette prévention primaire du tabagisme est à priori (mais cela n'a jamais été bien étudié et devrait l'être) une prévention primaire des autres conduites à risque qui s'installent plus tardivement en particulier de la prise de Haschisch qui survient en moyenne 18 mois après l'initiation de la cigarette. Des études d'observation et d'interventions devraient être conduites.

II Évaluation systématique de la consommation de tabac

Tous les travailleurs de santé qui conduisent un interrogatoire sur la santé de patients ou de bien portants doivent poser la question : *fumez-vous* ? (question actuellement posé moins d'une fois sur deux (Conférence de consensus 98). Ne pas poser cette question est pour le jeune fumeur un renforcement positif : « les professionnels ne se soucient pas de mon tabagisme, ce n'est pas pour moi un problème de santé »

Tous les professionnels de santé doivent repérer les fumeurs irréguliers (qui ne fument pas tous les jours) les fumeurs réguliers (qui fument au moins une cigarette tous les jours) et les fumeurs dépendants (en première approximation ceux qui commencent à fumer tôt le matin).

La consommation de tabac sous forme de tabac à rouler, de pipe ou de petit cigare correspond souvent à des personnalités particulières ou à une simple calcul financier initial pour les consommateurs de tabac roulé.

Évaluation de la dépendance physique à la nicotine (test de Fagerström)

Rapidement les jeunes fumeurs voient s'installer une dépendance à la nicotine. Cette installation est d'autant plus précoce que l'initiation du tabagisme est précoce. Elle s'installe aussi rapidement chez les filles que chez les garçons.

Le questionnaire de Fagerström est l'outil le plus utilisé pour mesurer l'intensité de la dépendance à la nicotine. Il est recommandé par la Conférence de Consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac

d'octobre 1998. Il repose sur des questions simples permettant d'établir un score en relation avec l'intensité de la dépendance pharmacologique.

Le test court

Proposer ce test n'est pas possible dans toutes les circonstances. On peut faire appel à seulement 2 questions qui peuvent sans difficultés être posées sans support papier en utilisant la cotation chiffrée du test (un score de 3 et plus témoignant d'une dépendance et justifiant l'utilisation d'une thérapeutique de substitution pour l'arrêt (G. de l'Homme, B. Lebeau, validation française de Hearcherton *et al.*).

III Les marqueurs biologiques du tabagisme

Le dosage du CO expiré.

L'appareil coûte moins de 3000 francs et permet une réponse immédiate (c'est l'alcotest de la cigarette). Il permet un dialogue avec le fumeur.

L'appareillage est aussi bien apprécié en prévention qu'en sevrage.

Résultats :

- Moins de 5 ppm : pas de tabagisme
- 5 à 10 ppm : tabagisme léger, ou ancien, ou passif, ou pollution automobile intense
- au dessus de 10 : fumeur (ou problème majeur avec un chauffe eau ou un système de chauffage au domicile a faire expertiser d'urgence par les pompiers.

Certains fumeurs de cigarettes dépassent 35 ppm (pour le milieu professionnel) voire 70 ppm ; certains fumeurs de cigare dépassent les maximum affichables par les appareils.

L'examen n'est toujours pas coté à la nomenclature des examens, le prix en est donc très variable (60 à 300 francs) et non remboursé.

Le CO peut également être mesuré dans le sang lors de la détermination des gaz du sang, mais nécessite alors une prise de sang artérielle.

Le dosage des métabolites de la cotinine est spécifique (du tabac et des substituts nicotiniques). Les résultats du dosage ne sont pas immédiats.

L'examen n'est toujours pas coté à la nomenclature des examens, le prix en est donc très variable (60 à 300 francs) et non remboursé.

Le dosage des thiocyanates salivaires ou urinaires est peu spécifique, dépend aussi du régime alimentaire. La principal intérêt et la demi vie très longue des thiocyanates (plusieurs semaines).

Évaluation des situations à risque :
Quatre circonstances particulières
(cf. conférence de consensus octobre 1998)

La prise en compte de plusieurs types de paramètres et de 4 situations particulières est justifié pour optimiser cette prise en charge.

Une situation sociale particulière
(précarité, catégorie socio-professionnelle, niveau d'éducation) influence les modalités de consommation et d'arrêt de la consommation de tabac

Un certain nombre de déterminants socio-économiques influencent la consommation de tabac chez les adultes, mais ces facteurs sont peu marqués chez les adolescents. Il y a plus d'ex fumeurs dans les catégories sociales plus favorisées. L'arrêt du tabac est particulièrement difficile chez les chômeurs et les sujets en situations précaires. Chez ces patients l'accès aux médicaments du sevrage est plus difficile du fait de sa non prise en charge par l'assurance maladie ou la collectivité.

Recommandations de la conférence de consensus

Il ne semble pas judicieux de mettre en place des programmes spécifiques de sevrage à l'intention des sujets en situation de précarité, démarche qui aboutirait à renforcer leur situation d'exclusion sociale ; en contrepartie, l'accessibilité au dispositif de soins devrait leur être facilité, ainsi que l'accès au remboursement des substituts nicotiques.

L'adolescence influence les modalités d'arrêt de la consommation du tabac

Un certain nombre de différences existe, dans l'attitude des adolescents à l'égard du tabac par rapport à celle des adultes :

- l'identification à des modèles est très importante. Ainsi, le comportement à l'égard du tabac des proches : famille, camarades, enseignants détermine-t-il celui des adolescents, le tabac pouvant être perçu comme un rite de passage à l'âge adulte ;
- le désir de faire des économies est le motif d'arrêt le plus fréquemment cité ;
- le recours au dispositif de soins est rarement envisagé par l'adolescent.

Recommandations de la conférence de consensus

Il apparaît, que l'offre de soins actuelle est spécifiquement orientée vers les adultes et qu'elle s'avère peu adaptée au cas des adolescents. Aussi conviendrait-il de développer et d'évaluer des programmes d'intervention à leur intention.

La grossesse influence les modalités de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac

D'après les enquêtes françaises, 25 % des femmes enceintes fument, 40 % d'entre elles vont arrêter de fumer en début de grossesse et 5 % au 2ème ou 3ème trimestre. Un grand nombre de femmes ont de grandes difficultés pour arrêter pendant leur grossesse et pour rester non fumeuses après l'accouchement. Pour ces femmes des interventions d'aide à l'arrêt du tabac, avant, pendant et après l'accouchement augmentent le taux de sevrage qui reste modeste (6 à 20 %). Une intervention individualisée, personnalisée, centrée sur le tabagisme, accompagnée d'explications, d'informations et éventuellement d'une mesure du CO expiré est plus efficace qu'une information minimale (individuelle ou collective) sans suivi.

Le désir de conception et les suites de grossesse sont aussi des circonstances pouvant motiver et devant conduire à des actions d'aide à l'arrêt du tabac.

Recommandations de la conférence de consensus

Les services de gynécologie-obstétrique constituent des structures privilégiées pour susciter une aide à l'arrêt du tabac impliquant la collaboration des médecins, des sages-femmes et des autres partenaires de santé.

Le risque fœtal et infantile du tabagisme des parents doit être connu et rappelé.

Ainsi la prise en charge du tabagisme est l'affaire de tous les intervenants sociaux et médicaux, à l'échelon individuel et à l'échelon du groupe. La répétition des interventions, adaptée à chacune des situations décrites a une efficacité pour conduire à l'arrêt de la prise de tabac.

L'existence d'un syndrome anxieux ou dépressif influence la consommation et l'arrêt du tabac

Il sera repéré au mieux par l'HAD mais celle-ci ne peut être pratiqué partout (cf autre chapitre).

L'existence d'un syndrome dépressif doit conduire à la prise en charge préalable de ce syndrome avant le sevrage tabagique. Les effets immédiats de la décompensation fréquente de ce syndrome à l'arrêt du tabac étant le plus souvent plus importants que ceux de la poursuite quelques mois du tabagisme. On prendra cependant date pour un arrêt ultérieur du tabac.

IV Freiner la progression du tabagisme durant l'adolescence

limiter l'accès au tabac

Toutes les limitations à la consommation de tabac chez les jeunes freinent la consommation :

- une augmentation du prix du tabac a une influence plus importante sur les jeunes que sur adultes. À l'échelon individuel la réflexion sur le coût financier, la non mise à disposition de financement facile pour acheter ses cigarettes peut être envisagée ;
- L'interdiction de fumer dans certains locaux diminue les périodes durant lesquels le jeune peut fumer et donc la consommation qu'il s'agisse de locaux scolaires, associatifs ou de certaines pièces du domicile, voire de tout le domicile. C'est aux enseignants, éducateurs et parents de faire respecter ces règles qui sont en générales acceptées.

Faire progresser rapidement vers l'arrêt de la consommation

Les intervenants sanitaires et sociaux tenteront de faire progresser l'individu dans les stades de préparation au changement. Le groupe dans son ensemble peut progresser dans les stades de préparation au changement. L'arrêt du tabac est, comme l'initiation, « contagieux » dans les groupes.

L'attitude à adopter vis-à-vis des fumeurs va dépendre du stade de préparation (Tableau issu de la formation Nicomède de formation des médecins généralistes).

Aider au sevrage précoce

Ce sevrage est d'autant plus facile que les jeunes ne seront pas chimiquement dépendant de la nicotine et qu'ils auront autour d'eux des expériences de sevrage réussi.

Tous les acteurs de santé et les acteurs sociaux ont des outils d'aide à l'arrêt (dernier outil disponible à tous : les substituts nicotiques depuis le délistage des substituts nicotiques) (arrêté du 5 décembre 1999).

S'il n'est pas souhaitable que les plus jeunes consomment du tabac, l'interdiction à cet âge n'est pas toujours le moyen le plus efficace surtout si l'interdiction ne porte que chez les jeunes et pas chez les adultes. Il existe un risque que le jeune veuille s'identifier à l'adulte et brave l'interdiction qui lui est faite en fonction de son âge. Les pays où l'interdiction absolue de vente au moins de 16 ans est appliquée, n'a pas montré d'efficacité. Une inscription d'interdiction de vente de tabac au moins de 16 ans dans les bureaux de tabac est une des solutions proposées

Bibliographie

1. Aubin (H. J.), *Nicotine et troubles neuropsychiatriques*. Paris, Masson, 1997, 111 p.
2. Conférence de consensus L'arrêt de la consommation de tabac Paris 8-9 Octobre 1998 Editions EDK Paris 1999 413pp
3. Darrall (KG), Figgins (JA). Roll-your-own smoke yields : theoretical and practical aspects. *Tob Control*. 1998 Summer,7(2) :168-75.
4. Dautzenberg (B), Birkui (P), Perdrizet (S), Pailletot (P), Jouin (G.) Tabagisme des élèves des collèges et lycées parisiens. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 1992, 34 : 165-166.
5. Heatcherton (TF), Kolowski (LT), Frecher (RC), Ricker (W), "Measuring the heavyners of smoking", 1989, *Br. J. Add.*, 84, 791-799.
6. Delcroix (M.), Chuffart (M.) *La grosseesse et le tabac*. Paris, PUF, 1999, 240 p.
7. Etter JF, DUC TV, Perneger TV Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction*. 1999 Feb,94(2) :269-81
8. Nicomède : programme de formation des médecins généraliste à l'arrêt du tabac. DGS 1999
9. Perdrix (A), Decrey (H), Pecoud (A), Burnand (B), Yersin (B) et le groupe des praticiens PMU. Dépistage de l'alcoolisme en cabinet médical : applicabilité du questionnaire " CAGE " par le médecin praticien. *Schweiz Med Wochenschr* 1995, 125 : 1772-1778.
10. Prochaska (JO), Diclemente (CC) transtheoretical therapy, toward a more integrative model of change. *Psychother Theor Res Pract* 1982, 19 : 276-88.

Chapitre V **Repérage et évaluation de l'usage de cannabis**

Gérard Cagni,
Alain Morel,
Marie Villez,
Michel Reynaud

Il nous apparaît là encore, particulièrement important d'individualiser les usages de cannabis des usages d'autres psychotropes illicites, du fait de leur fréquence et de la méconnaissance de la réalité des usages nocifs aussi bien chez les jeunes (banalisation) que chez les adultes (diabolisation).

La difficulté avec le cannabis est bien en effet, de faire prendre conscience de ce qu'est l'usage nocif : celui-ci se traduit par des complications psychologiques et sociales. Mais, tout particulièrement, pour évaluer les risques de l'usage de cannabis, il convient de tenir compte :

- des modalités de consommation à risque ;
- de l'existence de facteurs de risque individuels et sociaux.

Une évaluation précise de la consommation de cannabis ainsi que des modes et des types de conduite et de comportement, outre son intérêt clinique, pronostic et thérapeutique, est un moyen sûr d'engager un dialogue ouvert et authentique avec les usagers.

L'objectivation de leur consommation, sans banaliser, sans dramatiser, est pour eux, un moyen rare et privilégié de faire le point sur des conduites données ou méconnues par eux-mêmes ou par l'environnement.

Cette objectivation est souvent le moment où l'attente psychologique ou existentielle de l'adolescent s'exprimera et constituera le ciment de la relation thérapeutique, voire transférentielle, s'il y a nécessité de projet de prise en charge et de soins psychologiques.

I Le diagnostic d'usage nocif

Il s'appuie sur l'apparition **des dommages liés à l'utilisation répétée de cannabis**. Ces dommages sont essentiellement :

- le syndrome amotivationnel avec perte des intérêts qui motivaient précédemment le consommateur (intérêt scolaire, sportif, relationnel, artistique, ...)
- la désinsertion progressive scolaire et sociale ;
- les troubles de concentration et de mémoire ;
- les troubles psychiatriques (épisode délirant ou dépressif) sont plus rares.

Le diagnostic s'appuie également sur l'existence d'usages à risque répétés tels que nous les avons définis.

Les éléments diagnostiques de l'usage à risque de cannabis

Usage à risques situationnels

- avant tout la conduite de véhicule (auto, moto, scooters,...)
- à la grossesse ;

Sur des modalités de consommation à risque

et l'on retrouve là :

A) la précocité des consommations

Plus une consommation de substance psychoactives démarre tôt dans la vie, plus le risque d'apparition d'abus et/ou d'installation d'une dépendance est élevé. Cette règle est applicable à toutes les substances (tabac, alcool, médicaments psychotropes, substances illicites), surtout, bien entendu si l'usage se répète. Car, d'une part, plus le nombre de consommation est élevé, plus le temps d'exposition aux effets du produit est grand au cours de la vie, et plus le risque de survenue de complications augmente. Et, d'autre part du fait que des comportements qui s'inscrivent durant la pré-adolescence ou l'adolescence se constituent plus facilement en modes de vie et en habitudes difficiles à modifier par la suite. D'autant qu'un organisme jeune est sur certains plans beaucoup plus sensible à certains effets (et plus résistant à d'autres, ce qui n'est pas forcément une protection).

L'effet psychotrope est d'une façon générale plus nocif chez des sujets en développement, dans la mesure où il intervient sur un système neurobiologique plus fragile et il provoque des distorsions dans le rapport

du sujet avec son environnement et son entourage. Il serait donc recommandé de réduire autant que possible l'usage des substances à fort effet psychodysléptique avant l'âge adulte (la majorité) et d'être particulièrement attentif lorsque l'usage intervient avant 16 ans. Se pose évidemment la question des stratégies les plus appropriées pour cela, sachant que l'interdit n'a en soi aucune portée s'il n'est pas l'expression d'un consensus éducatif, y compris parmi les adultes usagers qui constituent souvent le vecteur des premières initiations.

L'effet de distorsion des perceptions, la diminution des capacités de concentration et de mémorisation, et la répétition de l'ivresse sont évidemment de nature à perturber l'équilibre psychologique. De plus, ces consommations précoces et répétées engagent le sujet dans un milieu et dans des habitudes de multi-consommation et de transgression qui accroissent grandement le risque de marginalisation.

B) l'usage en association avec d'autres psychotropes

Il faut rechercher systématiquement l'usage associé à d'autres produits tels que l'alcool, les psychostimulants, les benzodiazépines voire la cocaïne ou l'héroïne.

- cannabis et tabac : la consommation concomitante est quasiment obligatoire si l'on fume l'herbe ou le haschich. L'usage de cannabis est donc très lié au risque de dépendance nicotinique ?
- cannabis et alcool : potentialisation des effets d'ivresse, d'ou accentuation des risques de perte de contrôle de soi et de troubles psycho-comportementaux. Ne serait-ce qu'une information crédible et directe sur ces deux points pourrait être utile (beaucoup d'usagers ignorent qu'ils majorent des effets négatifs)
- et enfin les comportements de polyconsommation tels que nous les avons décrits dans la première partie

C) la recherche d'ivresse cannabique

D) l'utilisation régulière dans un but auto-thérapeutique

Cannabis et anxiolyse, cannabis et traitement des insomnies : il est important de savoir les moments de consommation et les heures des dernières prises, en gros, on pourra distinguer trois temps de consommation :

- **Consommation récréative de soirée**, qui sont plutôt des usages hypnotiques du haschich ou de détressement ;
- **Les usages de fuite et d'évitement** qui sont plutôt **des consommations matinales** ;

– **Les usages de lutte contre l'ennui voire de dysfonctionnement de conduites et comportements** qui seraient des consommations continues, régulières et plutôt massives.

Il faut faire la différence entre les consommations de groupe, duelles ou les consommations strictement solitaires. La consommation solitaire indique le plus souvent, un accroissement de la consommation. En effet, si l'usage en groupe traduit dans des conditions habituelles de consommation principalement une recherche de plaisir partagé à l'occasion de sortie, de fête. En revanche, l'usage solitaire en dehors de situation plus ou moins ritualisées est le plus souvent, l'indicateur d'une augmentation de la consommation en raison de la constitution d'un rapport duel avec le produit.

C'est principalement le terrain anxio-dépressif qui est en cause.

Le conseil général à donner aux usagers serait de ne pas consommer de substances psychoactives (surtout celles d'action psychodysléptique intense) si l'on est de « nature anxieuse » ou si l'on traverse une « période dépressive ». Il est clair que ce message rentre en opposition avec certains types d'usage qui ont – plus ou moins consciemment – un objectif auto-thérapeutique. Mais, précisément, on sait que c'est ce type d'usage qui conduit le plus systématiquement à des conduites addictives graves, il est donc dans l'intérêt de la santé publique qu'il soit le moins fréquent possible. La prévention du recours auto-thérapeutique aux drogues suppose que l'accès aux soins psychiques (en particulier chez les jeunes) soit nettement amélioré et plus crédible, et que les soins psychiques soient moins associés qu'aujourd'hui à la « solution » pharmaco-chimique ou à la psychiatrie institutionnelle.

L'usage de substances pour se calmer ou pour sortir de la déprime est en soi un symptôme révélateur de troubles sous-jacents chez un certain nombre de jeunes consommateurs (d'ailleurs souvent consommateurs précoces et rapidement dans l'excès et le cumul...). Il doit être repéré par les éducateurs naturels et pouvoir déclencher une orientation adéquate la plus précoce possible.

E) la répétitivité des consommations

Si la consommation occasionnelle n'expose le plus souvent à aucun effet nocif, le passage à un usage régulier est plus inquiétant. Deux critères précis peuvent être proposés :

- **l'impossibilité de ne pas consommer** dans certaines conditions (comme les fêtes, les concerts, les contacts sociaux, sexualité) ;
- le besoin de consommer quotidiennement.

Usages à risque quantitatif

Le repérage quantitatif est difficile à faire, dépendant beaucoup du dosage en tétrahydrocannabinol des produits consommés.

Il faut faire l'équation entre la quantité consommée et la quantité achetée ; le temps passé à la consommer. Il est important de questionner l'adolescent sur la quantité et les fréquences d'approvisionnement ainsi que la quantité fumée. En effet, les quantités peuvent varier de 1 joint à 250 gr par semaine.

Sur le plan quantitatif, il est évident que la teneur du produit en THC joue un rôle, et que moins cette teneur est élevée (herbe, haschich à faible taux de THC) moins les effets (positifs ou négatifs) sont grands.

D'autre part, il n'existe pas de données portant sur de grandes populations de consommateurs reliant précisément les effets nocifs aux quantités consommées sur de longues périodes.

Néanmoins, **un certain nombre de signes cliniques traduisent spécifiquement un usage important de cannabis** et permettent donc de repérer une consommation à risque sur laquelle il convient d'intervenir.

- présence de troubles de la marche et de signes d'ébriété ;
- euphorie béate sans raison ;
- troubles de la mémoire récente ;
- yeux rouges, injectés : les vaisseaux capillaires de la conjonctive sont dilatés.

Ces différents éléments **apparaissent au-delà d'une consommation de 4 à 6 joints** mais, là encore, ils dépendent essentiellement du dosage en THC.

II Les signes d'usage

Un certain nombre d'autres signes peuvent alerter l'attention des proches en traduisant l'usage de marijuana. Utilisation de papier à rouler, odeur caractéristique ou usage intensif d'encens, vêtements, posters ou musique faisant la promotion de l'usage de cannabis ou d'autres drogues, sont des éléments qui doivent attirer l'attention des parents et entraîner une discussion approfondie.

Des messages destinés à dissuader les usages trop répétés et/ou solitaires pourraient être développés comme : **« un joint toutes les semaines c'est beaucoup, un joint tous les jours c'est trop »**

Tous ces éléments doivent être pondérés et complétés par l'analyse des facteurs de risques individuels et sociaux, tels que nous les avons détaillés dans le chapitre II.

III Les questionnaires standardisés

Le cage cannabis

Proposé par le N.I.D.A., il n'a pas le même degré de validation que le CAGE Alcohol, mais paraît néanmoins être un outil utile.

Questionnaire CAGE (cannabis)	
1.	Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de cannabis ?
2.	Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3.	Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez trop de cannabis ?
4.	Avez-vous déjà eu besoin de fumer du cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?
Deux réponses positives à ces questions ou plus est évocateur d'une consommation nocive.	

Questionnaire d'autévaluation de consommation nocive de cannabis

proposé par le N.H.C. de Nouvelle Zélande (ALAC 1996)

Questionnaire d'autoévaluation de consommation nocive de cannabis	

12.	Votre entourage s'est-il plaint de votre usage de cannabis ?
13.	Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?
14.	Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage de cannabis ?
15.	Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans « joint » ?
16.	Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?
17.	Vous êtes vous déjà senti préoccupé par les effets de votre usage de cannabis ?
18.	Avez-vous plus de difficultés à étudier ? à intégrer des informations nouvelles ?
19.	Avez vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?
20.	Aimez-vous « planer » « être défoncé(e) » (stoned) dès le matin ?
21.	Etes-vous de plus en plus souvent « défoncé(e) » ?
22.	Avez-vous ressenti « le manque », des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage de cannabis ?

Trois réponses positives, ou plus, suggèrent un usage problématique de cannabis	

IV L'évaluation des problématiques personnelles et familiales

La plupart des utilisateurs du cannabis rencontrés par les cliniciens sont des adolescents, amenés, contraints et forcés par leurs parents inquiets, ou envoyés par la justice. Dans la majorité des cas, il s'avère que l'intéressé n'entretient pas un rapport de dépendance psychologique au produit. Il peut facilement s'en passer, mais pour autant est-il bien psychologiquement voire physiquement ? Il est important de comprendre les liens existant entre les consommations de cannabis à l'adolescence et la maturation psychologique propre à cet âge.

Bien souvent, il s'agit de proposer des repères, des conseils, de définir des modalités d'aide psychologique à l'attention des adolescents qui fument du cannabis, ainsi qu'à leurs parents.

La question reste posée : pourquoi certains adolescents sont-ils attirés vers ce produit et d'autres non ? Globalement, on pourrait répondre que les effets du cannabis seraient recherchés souvent pour réguler l'ensemble des enjeux psychiques et irrationnels propres aux adolescents. En effet, l'adolescent, condamné à faire face aux transformations de son corps et de son esprit alors qu'il ne les a pas choisies, redoute souvent ce qu'il ressent et pense ainsi que ce qui lui arrive provient de son environnement. Sa vie intérieure déborde de fantasmes nouveaux, d'émotions et de sensations tumultueuses qui nécessitent une élaboration psychique conséquente.

Globalement le cannabis serait utilisé pour faire face aux effets passagers « de la crise d'adolescence ». Cependant on remarquera que les rapports compulsifs à ce produit, s'enracinent souvent dans des expériences traumatisantes. C'est pourquoi l'âge des consommateurs, le contexte illicite de cette consommation, l'enjeu social conduisant le plus souvent à une opposition et à un conflit parental voire idéologique ou moralisant, ne laisse pas souvent la priorité à l'approche clinique qui permet l'élaboration d'une réponse thérapeutique si nécessaire.

Évaluer l'origine de la demande

Lorsqu'il y a consultation, il est important, lors du premier entretien avant tout, de permettre de définir la demande faisant l'objet de la consultation.

Cette demande vient souvent de la famille, de proches, de la justice et très peu souvent de l'usager. Il s'agit de respecter la réalité de cette demande, de permettre à ce qu'elle se formalise, en particulier, l'inquiétude qu'il y a derrière cette consommation. Très souvent, on identifiera le type de consommateur en fonction du contexte, de

l'influence de la famille ou des amis, de la crise personnelle, de l'incident judiciaire, des problèmes psychologiques. Ce qui sous-entend que l'histoire de la demande est un bon indicateur de sa compréhension et de sa validité.

Les facteurs de vulnérabilité individuels

Il est très important de préciser que ce sont les facteurs individuels qui joueront un rôle majeur dans le passage d'un usage normal à un usage excessif, voire une dépendance. Ces facteurs sont de deux types :

- des facteurs liés à une sensibilité neurobiologique ;
- des facteurs psychoaffectifs.

En ce qui concerne le cannabis, les facteurs du premier type sont actuellement très difficiles à circonscrire avec les moyens dont nous disposons. Par contre les facteurs d'ordre psychologique et affectif sont ceux qui induiront le plus les types d'actions à mener.

En effet, les troubles de l'humeur, les troubles alimentaires, la dépression, l'anxiété, l'insomnie sont en général les troubles les plus fréquents qui amènent l'adolescent à avoir un recours « auto-thérapeutique » à une consommation excessive de cannabis.

L'usage de ce produit pour se calmer, pour sortir de sa torpeur est en soi une conduite révélatrice. Elle est assez souvent liée à une polyconsommation précoce. Dès lors apparaît le danger de voir se manifester des comportements inadaptés : fugue, isolement, agressivité sous l'effet de produit.

L'adolescent ne prend généralement pas en compte la globalité d'une situation. Ainsi il peut, sans s'en rendre compte risquer un accident, ou commettre un acte grave. De telles consommations comportent souvent des risques importants pour sa vie, en particulier :

- risque d'échec scolaire ;
- risque de besoin d'argent continu ;
- risque de dégradation des relations avec l'environnement et les parents.

Il s'en suit le plus souvent, si une proposition d'aide de l'environnement n'intervient pas au moment adéquat, un renforcement des motivations pour fuir plus avant les problèmes dans une surconsommation.

Les facteurs d'environnement : la désocialisation

Tout naturellement, une consommation excessive de cannabis peut amener un individu à perdre plus ou moins rapidement ses liens sociaux naturels auxquels il va substituer un système de relations qui évoluera généralement vers un appauvrissement relationnel. Cette désocialisation a

évidemment bien d'autres causes que la consommation de produit : conflit, état de crise, mauvaise relation avec les parents et l'environnement. Elle conduira inexorablement le sujet vers la rupture avec son cadre naturel : l'école, les parents, ses relations affectives et ses relations sociales.

Peuvent alors apparaître des conduites « symptômes » dans son dysfonctionnement profond comme d'autant de conduites à risques (fugues à répétition, troubles de la conduite alimentaire, conduites suicidaires, conduites routières à risque, etc...). Nous noterons qu'il s'agit là de conduites, c'est à dire stéréotypées et répétitives, s'inscrivant dans la durée de la gestion des événements de vie, le plus souvent en prenant des risques majeurs.

Bibliographie

11. A.A.C.A.P., Practice parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent with Substance Use Disorders. J.) Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1997, 36(10) Supplement : 140S-156S.
12. ALAC. Alcohol Advisory Council of New Zealand : guidelines for alcohol and drug screening diagnostic and evaluation instruments. Reprisarle National Health Committee of New Zealand, 1999, Wellington
13. Anthony J C, Helzer J E, Syndrom of Drug Abuse and dependence, in Robins N L, Regier D A (Eds), Psychiatric Disorders in America, 116-154 (New-York, Macmillan Free press)
14. Bailly D, Bailly-Lambin (I.), Consommation de substances et toxicomanie chez l'enfant et l'adolescent : données épidémiologiques et stratégies de prévention. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Pédiatrie, 4-103 B-10, 1999 : 8 p.
15. Burke KL, Radonovich KJ, Higgins ST, WONG CJ. Adults seeking treatment for marijuana dependence : a comparison with cocaïne-dependant treatment seekers. *Exp clin Psychopharmacol.* 1990, 47 : 511-518
16. Chen K, Kandel DB, Davies (M.) Relationships between frequency and quantity of marijuana use and last year proxy dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug Alcohol Depend* 1997, 46 : 53-67
17. Cheshier GB, Bird KD, Jackson DM, Perrignon A, Starmer GA. The effects of orally administered delta 9-tetrahydrocannabinol in man on mood and performance measures : a dose-response study. *Pharmacol Biochem Behav* 1990, 35 : 861-864

18. Clark DB, Parker AM, Lynch KG. Psychopathology and substance-related problems during early adolescence : a survival analysis. *J Clin Child Psychol* 1999, **28** : 333-341
19. Cottler LB, Grant BF, Blaine J, Mavreas V, Pull C, Hasin D, Compton WM, Rubio-stipeç M, Mager D. Concordance of DSM-IV alcohol and drug use disorder criteria and diagnoses as measured by Audadis-ADR, CIDI and SCAN. *Drug Alcohol Depend* 1997, **47** : 195-205
20. Crowley TJ, Macdonald MJ, Whitmore EA, Mikulich SK. Cannabis dependence, withdrawal, and reinforcing effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* 1998, **50** : 27-37
21. Grant BF, Pickering (R.) The relationship between cannabis use and DSM-IV cannabis abuse and dependence : results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse* 1998, **10** : 255-264
22. Hall W, Babor T F, Cannabis use and public health : assessing the burden *Addiction*, 2000, **95** (4), 485-490
23. Khalant (H.), Corrigan (W.), HALL (W.), Smart (R.) The health effects of cannabis. Toronto : Addiction Research Foundation, 1999.
24. Marcelli (D.), Conduites d'essai et conduites à risques : les consommations de produits. In Alvin et Marcelli : Médecine de l'adolescent, Paris, Masson, 1999 : 237-247
25. Masse LC, Tremblay RE. Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Arch Gen Psychiatr*, 1997, **54**(1) : 62-68.
26. Newcomb M D, Bentler P M, Consequences of adolescents drug use : impact of the lives of young adults (Newbury Park, CA, Sage), 1988
27. Sokolatz J, Dunham R, Zimmerman (R.) Family structure versus parental attachment in controlling adolescent deviant behavior : a social control model. *Adolescence*, 1999, **11**(3) : 199-215.
28. Swift W, Copeland J, HALL (W.) Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction* 1998, **93** : 1681-1692
29. Vitaro F, Dobkin PL, Gagnon C, *et al.*, Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent : prévalence, déterminants et prévention. Monographies de psychologie : P.U.Q., 1994, **11** : 202

Chapitre VI **Repérage et évaluation de l'usage nocif des drogues de synthèse et autres psychotropes illicites**

Alain Morel,
Marie Villez,
Michel Reynaud

Plus encore que pour les produits psychotropes précédents, l'usage nocif et les complications s'installeront chez des sujets :

- ayant des modalités de consommation à risque
- ayant des facteurs de risque individuels et sociaux

Pour ces produits illicites, donc, plutôt que de rechercher un éventuel seuil quantitatif, de peu d'intérêt, l'évaluation doit surtout consister à évaluer les modalités de consommation et les caractéristiques psychosociales. Signalons, toutefois, que les potentialités addictives de la cocaïne (et du crack) et des opiacés, (héroïne, mais aussi Subutex ou rachacha) sont telles que tout usage doit être considéré d'emblée comme nocif et impliquer une intervention d'aide.

Il existe un grand nombre de facteurs qui concourent au passage de l'usage simple à l'usage nocif (voire à la dépendance). Schématiquement nous les résumerons dans les 5 indicateurs (décrits dans le Chapitre IV de la 1^{ère} partie) qui couvrent à la fois des critères tenant à l'individu, au moment et au contexte d'utilisation, et au produit lui-même : la précocité de l'usage, l'excès de la conduite, le cumul des consommations, le terrain psychologique de vulnérabilité et la marginalisation concomitante à la répétition croissante des consommations. Ce sont évidemment des critères relatifs qui ne valent qu'en tant que facteurs de risque : isolément chacun ne conduit pas forcément à des complications. Mais ce sont des marqueurs assez fiables qui ont l'intérêt d'ouvrir des pistes concrètes quant aux interventions permettant de prévenir le passage à des usages « à problèmes », c'est à dire portant atteinte à la santé et à la socialisation de l'usager.

Le message à faire passer aux usagers est assez simple : « le mieux pour vous est de ne pas consommer ces substances, mais si vous êtes amené à le faire, des précautions sont indispensables pour ne pas risquer de porter atteinte gravement à votre santé ».

L'une des difficultés que l'on ne peut pas passer sous silence est que ce message entre pour le moins en contradiction avec l'esprit et la lettre de la loi de 1970 qui vise à empêcher totalement le moindre usage de toutes substances, sans autre alternative.

I La précocité

Cocaïne

Ce qui vient d'être dit sur le cannabis est plus vrai encore pour la cocaïne dont l'effet psychodysléptique est nettement plus intense. Le fait que 1 à 3 % des jeunes Européens en âge scolaire en ait consommé (c'est à dire 2 à 3 fois plus que l'héroïne – chiffres de l'OEDT) indique que cette consommation précoce de cocaïne n'est pas anecdotique et qu'elle mériterait une intervention particulière (sur la base d'études spécifiques qui n'existent pas à notre connaissance afin de savoir qui sont ces usagers précoces, dans quelles circonstances s'effectue leur initiation, etc).

Ecstasy, amphétamines et drogues synthétiques

Même chose pour la MDMA. Avec la mention particulière de la facilité d'accès à ce produit comme à d'autres drogues synthétiques dans le milieu festif. Il faudrait sur ce point débattre avec les associations ou groupes à l'origine de l'organisation de beaucoup de ces fêtes afin de s'entendre sur des objectifs communs vis à vis des mineurs et de déterminer les moyens adéquats pour parvenir à réduire le plus possible cet usage précoce.

Ce facteur de précocité inviterait – dans l'hypothèse d'une révision globale de la législation actuelle – à poser un interdit social de l'usage de substances illicites chez les mineurs. L'infraction pourrait alors conduire à des mesures socio-éducatives graduées, selon la gravité de la situation, par exemple de l'injonction individuelle et familiale à l'obligation de soin.

II L'usage autothérapeutique

C'est le cas de l'usage solitaire et en dehors de situations où l'usage est plus ou moins ritualisé, donc sous le contrôle d'autrui (« il est important d'être accompagné de personnes de confiance afin de pouvoir

parler en cas d'angoisse » conseille l'association Keep Smiling aux consommateurs d'amphétamines, d'ecstasy et de toute drogue stimulante).

III L'excès

La notion de **répétition des prises** est certainement l'indicateur le plus important, avec le raccourcissement de l'intervalle entre les prises. Par ailleurs, pour des substances dont l'usage traduit principalement une recherche de plaisir en groupe ou en collectivité, sortir des conditions habituelles de consommation expose à des risques plus élevés.

Enfin le **mode d'administration** peut jouer un rôle déterminant comme le passage à la voie injectable dans une consommation de cocaïne. Sur ce point, un effort devrait être fait pour réduire le plus possible l'utilisation de la voie intraveineuse et pour donner des conseils spécifiques en cas de sniffing (« sniffez propre »).

Cocaïne

On sait que les « binge » (consommations frénétiques de cocaïne jusqu'à épuisement du stock) constituent l'une des principales formes de consommation abusive de cocaïne. Ce genre d'excès expose au risque d'overdose et de complication aiguë. Les facteurs qui participent à ces modes de consommation sont multiples : le fait de posséder des quantités importantes, des sensibilités individuelles particulières à la cocaïne, des phénomènes de groupe, etc. Ceci serait à approfondir.

Par ailleurs, il faut mentionner le risque de transmission d'infections virales (hépatite C en particulier, VIH...) avec le partage de la paille de sniffing et plus encore, bien sûr, avec le partage de tout le matériel d'injection.

Ecstasy, amphétamines et drogues synthétiques

Il est bien difficile pour ces substances aussi de donner une limite générale définissant l'excès, et beaucoup de spécialistes s'accordent à dire que l'excès commence à la première prise d'autant que l'effet et la toxicité de certaines de ces drogues ne sont pas toujours contrôlables. Par exemple pour le LSD, mais même pour cette substance, on vient de s'apercevoir que des buvards à près de deux fois la dose active (250 à 300 micro grammes à la place de 100 à 125) sont actuellement répandus sur le marché noir et augmentent le risque de réactions psychiques déstructurantes.

Les conseils des associations d'usagers sont généralement de fractionner les prises et de les espacer dans le temps, d'éviter de « gober » plusieurs doses dans la même soirée. « Un ecstasy par semaine, c'est déjà trop » dit l'association Techno-Plus.

D'autres conseils sont prodigués depuis longtemps dans les milieux d'usagers festifs d'ecstasy concernant les conditions d'utilisation, comme de porter des vêtements amples et de boire suffisamment d'eau pour éviter l'excès de déshydratation, et de manger des produits sucrés et vitaminés pour éviter l'hypoglycémie. On invite aussi les usagers à ne pas entreprendre d'activité à responsabilité sous l'effet des psychostimulants synthétiques et, bien évidemment, de ne pas prendre le volant.

Le message est également que de dépasser ses limites peut comporter des « retours de manivelle : » repousser le besoin de dormir équivaut à repousser les limites naturelles de son corps, ce qui entraîne par la suite une grosse et longue fatigue... » écrit l'association Keep Smiling sur son site Internet.

Enfin, c'est dans ce chapitre que se situe l'intérêt du *testing*, à condition qu'il ne constitue pas un alibi pour encourager la consommation ni une fausse sécurité pour les usagers. Tout au moins, ce moment de contact à propos de la qualité d'un produit que l'on s'apprête à consommer peut être l'occasion de parler et de transmettre des conseils de modération, des informations utiles sur des produits toxiques en circulation, des mélanges dangereux, etc... Le problème est sans doute davantage de savoir dans quel état d'esprit et par qui cela est fait que sur son principe même.

IV Le cumul

Cocaïne

Certains produits pris avec la cocaïne entraînent des risques spécifiques et l'alcool : formation de cocaéthylène qui renforce l'action de la cocaïne. Cocaïne et opiacés pour la descente, ce qui conduit fréquemment à une dépendance aux opiacés (héroïne en particulier chez les injecteurs de cocaïne ou de crack).

Ecstasy, amphétamines et drogues synthétiques

« N'associe surtout pas la prise d'Ecsta avec d'autres produits (même l'alcool) » (Keep Smiling)

Là encore, des informations crédibles, non suspectes de vouloir tout empêcher mais permettant aux usagers d'être responsables, seraient

utiles à développer. L'éducation par les pairs est le plus sûr moyen de donner de l'impact à ce type de message.

V La marginalité

Cocaïne

Parmi les modes de consommation de la cocaïne certains exposent plus à ce risque : l'usage compulsif de noctambules et l'usage de crack dans d'autres milieux.

Ecstasy, amphétamines et drogues synthétiques

Les intervenants sur les Raves ont pu repérer combien la perte des liens sociaux est un facteur d'accélération des consommations, la fête et la prise de stimulants synthétiques prenant progressivement une place centrale dans l'existence pour ces jeunes consommateurs. C'est pourquoi des associations d'usagers ont mis en place des lieux d'entraide et d'activité sociale respectant l'adhésion à certaines valeurs sub-culturelles des jeunes qui y sont accueillis, tout en les orientant vers des activités insérantes.

Bien entendu, la clandestinité des usages de ces drogues illicites du fait de leur pénalisation accroît le risque de marginalisation des usagers, en particulier des plus vulnérables, c'est à dire de ceux qui bénéficient le moins de ressources dans leur environnement direct.

VI Autoquestionnaire de l'usage nocif des drogues de synthèse et autres psychotropes illicites

Nous nous inspirons d'éléments fournis par RESTIM « Techno Plus » aux consommateurs de psychostimulants lors de soirées festives

« Un simple constat : si une consommation occasionnelle peut être tout à fait gérée par un grand nombre d'usagers qui veulent faire la fête, il n'en demeure pas moins que pour certains l'usage « récréatif » dérape, et que gérer la consommation et ses risques devient alors de plus en plus difficile. S'en rendre compte assez tôt pour redresser la barre avant qu'il n'y ait trop de dégâts est essentiel. Dans l'absolu, tout le monde est d'accord avec cette remarque. Mais se le dire à soi-même, ou à son entourage, est loin d'être évident...

Il ne s'agit pas ici de parler de « toxicomanie », de « maladie » ou de « folie », il s'agit juste que chacun puisse faire des choix responsables

pour lui-même, ou accompagner quelqu'un de proche, d'une manière objective : sans s'angoisser exagérément, mais sans nier la réalité ».

Bien évidemment, ce questionnaire n'a pas été validé comme ceux de l'alcool, du tabac ou même du cannabis. Il a une valeur indicative pour l'utilisateur ou ses proches.

**« ECSTASY, TRIPS, SPEED, COKE, KÉTA,
TU GÈRES. JUSQU'OU? »**

Si une ou plusieurs de ces phrases te correspondent, peut-être devrais-tu te demander où tu en es de ta conso?

- Tu as déjà fait un (ou des) bad(s) trip(s). Cela t'inquiète, tu y repenses souvent ; mais tu continues quand-même à prendre le même type de produits.
- Tu as perdu beaucoup de poids depuis que tu consommes ces produits.
- Même en semaine, tu as du mal à dormir ; tu prends régulièrement des médicaments pour dormir.
- Tes études / ton travail ne te motivent plus. La semaine n'a aucun intérêt, tu attends seulement le week-end ; le quotidien, c'est beaucoup trop fade.
- Un week-end sans sortir, ou une teuf sans consommer, est-ce insupportable pour toi ?
- Tu es toujours fatigué, tu as du mal à te concentrer sur une activité (travail, lecture,...).
- Tu ne peux pas aller en teuf sans gober, tu t'y ennuierais trop.
- Tu ne vois plus d'autres amis que ceux qui vont en teuf avec toi ; ce sont quasiment tous des gobeurs. Les autres n'ont pas d'intérêt, tu n'as rien à leur dire.
- Tu ne peux pas affronter les descentes sans prendre des tranquillisants ou des opiacés.
- Tu prends systématiquement plusieurs produits différents dans la nuit, un seul effet c'est pas assez pour s'éclater.
- Plusieurs personnes de ton entourage t'ont dit que tu étais irritable, parfois « parano ».
- Ton (ta) petit(e) ami(e) te fait des remarques sur ta consommation ; c'est source de conflits entre vous.
- Quand tu sors, tu commences ta soirée par des bières et des joints avant la teuf, mais tu ne sais pas combien tu en prends au total au cours de la nuit. Tu n'y fais pas attention.
- Tu es souvent morose, tu t'ennuies facilement.
- Quand tu entends parler d'un nouveau produit, tu cherches systématiquement à l'essayer.
- Même si tu n'es pas dans de bonnes conditions (humeur, entourage,...), tu consommes chaque fois que tu en as l'occasion ».

Bibliographie

1. Bowen (S.E.) Daniel (J.) Balster (R.L.) Deaths associated with inhalant abuse in Virginia from 1987 to 1996. *Drug et alcohol Dependence* 1999 53 239-245
2. Cho (A.K.), Segal (D.S.) L'amphétamine et ses analogues : psychopharmacologie, toxicologie et abus) Amphetamine and its analogs, psychopharmacology, toxicology and abuse. San Diego, CA, Academic Press, 1994, 503 p.
3. Kaminsky (D.C.) Les enfants des rues. *Santé du Monde* 1995 48 26-27
4. Morton (H.G.) Psychotropic Drugs of Abuse- Occurrence and treatment of solvent Abuse in children and adolescents. *International Encyclopedia of Pharmacology and Therapeutics* 1990 431-451
5. Richard (D.), Senon (J.L.), Hautefeuille (M.), Facy (F.) L'héroïne. *Revue documentaire Toxibase*, 1998.

**Aide et prise en charge
des sujets ayant un usage
nocif de substances
psychoactives**

Chapitre I **Principes pour l'aide et la prise en charge des sujets ayant un usage nocif de substances psychoactives**

Michel Reynaud,
François Paille,
Alain Morel

I Les éléments du repérage précoce de l'usage nocif (rappel)

La démarche consiste donc à :

Interroger systématiquement sur les consommations de psychotropes

En premier lieu, le dépistage des usages nocifs des psychotropes passe avant toute chose par un questionnement systématique sur l'usage de psychotropes. Il a été prouvé à de multiples reprises que des acteurs sanitaires devraient, bien que cela soit encore trop insuffisamment pratiqué, poser systématiquement des questions concernant l'usage de tabac, d'alcool et des produits illicites. Ces questions doivent faire partie de tout interrogatoire clinique.

Préciser les caractéristiques de la consommation

- Risques situationnels, « **quand** » ?
- Modalités de consommation, « **comment** ? » ;
- Quantité consommée, « **combien** ? »

L'évaluation des quantités consommées nous ramène à ce que nous avons défini précisément comme « seuil d'information » et surtout « seuil d'intervention ». Ces données quantitatives sont des éléments d'alerte qui peuvent aider le consommateur, le praticien et l'entourage (on peut les imaginer avec des feux oranges et des feux rouges).

La phase suivante doit consister à évaluer plus précisément les caractéristiques de l'usage nocif des différents produits

Il existe des grilles d'évaluation simples et parfaitement validées pour les produits licites, telles que le CAGE et l'AUDIT pour l'alcool, et tel que le test de FAGERSTROM pour l'évaluation de la gravité de la dépendance tabagique. Il convient également de s'appuyer sur certaines caractéristiques cliniques ou biologiques liées à l'utilisation d'un produit.

Il faut noter qu'il n'existe pas de test ayant le même degré de validation pour les consommations de produits illicites. Toutefois, un certain nombre d'éléments cliniques sont maintenant connus des spécialistes et peuvent parfaitement être diffusés parmi les acteurs sanitaires ou sociaux pour les aider à évaluer la gravité des comportements de consommation.

– Repérer l'existence d'un usage nocif avec des outils simples tels que le CRAFFT ou le questionnaire ABUS du DSM IV ;

Compléter éventuellement pour les consommations de tabac ou d'alcool par le short tabac test, le DETA/CAGE, le CAGE Cannabis.

Affiner l'évaluation des conséquences et dommages de la consommation ainsi que des modalités de consommation avec :

- le test de FAGERSTRÖM pour le tabac ;
- l'AUDIT pour l'alcool ;
- le questionnaire d'autoévaluation Cannabis
- la recherche des caractéristiques cliniques liées à la consommation nocive.

Compléter éventuellement avec l'aide de marqueurs biologiques (CDT+GGT pour l'alcool, marqueur de CO pour le tabac)

Évaluer l'ensemble des facteurs de risque et de gravité personnels et environnementaux

Nous avons précisé, dans le chapitre II 2^e partie, les modalités d'évaluation de ces caractéristiques individuelles et sociales, non spécifique à l'usage de produits, mais extrêmement importantes à analyser comme éléments diagnostiques et pronostiques, nécessitant, de plus, une prise en charge adaptée.

Pour résumer, il conviendra d'identifier :

- non seulement les comportements de consommation ;
- mais aussi les difficultés sous-jacentes à ces consommations.

Cette évaluation globale, du sujet, de ses consommations, du contexte familial, amical ou social permettra de ne pas se tromper de

cible lors de la prise en charge. Un état des lieux aussi complet et rigoureux que possible constitue donc le premier temps de la prise en charge. À son terme, il est théoriquement possible de définir le type de consommation dans lequel le sujet est engagé. L'attitude thérapeutique en dépendra.

II Une stratégie globale de prise en charge

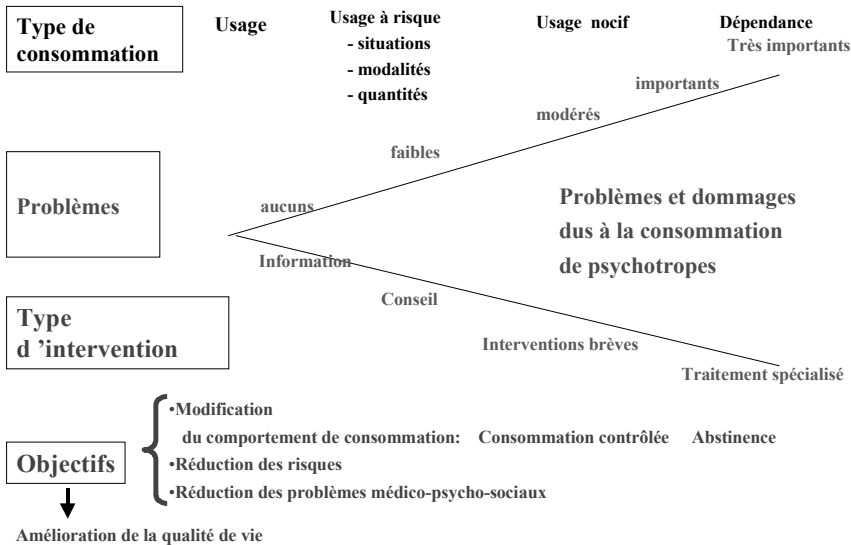
Pour être efficace et cohérente, tant sur le plan individuel que dans une perspective de santé publique, la prise en charge des sujets ayant un usage nocif de psychotropes impose trois types d'actions complémentaires mais toutes également indispensables :

- des actions en vue de modifier les comportements de consommation ;
- des actions en vue de réduire les problèmes médico-psychosociaux ;
- des actions en vue de réduire les risques liés à la consommation.

Toutes ces actions doivent concourir à améliorer la qualité de vie des patients.

Le programme de prise en charge sera donc individualisé, pour chaque consommateur, en tenant compte des modalités d'actions nécessaires dans chacun de ces champs

Prise en charge des consommations pathologiques



Le rôle soignant (ou l'action d'aide) devra consister à trouver les bons interlocuteurs, selon les niveaux de problèmes et à proposer une offre de soins adaptée.

Les actions en vue de modifier les comportements de consommation

Les techniques pour obtenir les modifications des comportements de consommation pathologiques sont relativement bien codifiées et peuvent se résumer comme suit :

A) auto-évaluation

Tous les outils permettant au sujet de voir où il en est de sa consommation et de l'évaluer le plus objectivement possible sont utiles. Il s'agit ici de mettre en œuvre ce que nous avons proposé dans la deuxième partie.

B) Perception des risques encourus et des dommages déjà advenus

On peut se référer là, selon les produits, à ce qui a été décrit dans la première partie

C) Appréciations du niveau de motivations au changement

La description des niveaux de motivations effectuées par Prochaska est considérée comme particulièrement opérationnelle dans le champ des addictions. Elle fait référence aussi bien pour l'alcool et le tabac que pour les consommations de produits illicites. Elle permet aux acteurs sanitaires ou sociaux d'apprécier le degré de motivation qui est un des éléments clé de la réussite d'une prise en charge.

D) Les stratégies de motivation

Elles consistent à développer, à l'aide de méthodes diverses, les motivations du patient au changement, la responsabilité personnelle. Elles s'appuient en général, sur des entretiens de motivation tels qu'ils ont été décrits par Miller, permettant au sujet d'intégrer que les dommages sont liés à la consommation de psychotropes, que le changement est de sa responsabilité, qu'on peut lui proposer un choix de stratégies thérapeutiques diversifiées auxquelles il puisse adhérer. Il permet également de renforcer ses compétences et la notion de sa valeur.

E) Ces stratégies doivent évidemment être adaptées

Elles doivent tenir compte de l'ambivalence des patients quant aux changements dans leurs comportements de consommation.

F) Les différentes stratégies d'interventions

Elles vont du **simple conseil** lors d'usages à risque banaux à des **stratégies d'intervention brèves** qui sont relativement codifiées et dont l'efficacité a été bien évaluée notamment dans les domaines de l'alcoolisme et des problèmes liés au tabagisme. Mais ces interventions brèves ne se justifient que lorsque le comportement d'usage nocif ne s'accompagne pas ou ne traduit pas des difficultés psychosociales plus ou moins importantes : ceci nous ramène à l'axe d'action suivant. Le but recherché par ces différentes interventions est d'aboutir à une modification des comportements de consommation afin de rejoindre les modalités et des quantités considérées comme non nocives : elles visent donc à obtenir la modération (tout en sachant que dans certain cas et, en particulier lorsque les dommages sanitaires, psychologiques ou sociaux sont importants, c'est l'abstinence qui devra être recherchée).

G) Enfin les stratégies de prise en charge de la dépendance

Elles sont plus compliquées et nécessitent l'intervention d'acteurs compétents ou motivés. Elles doivent viser à l'abstinence, mais elles sortent de notre propos dans ce travail.

Les actions en vue de réduire les problèmes médico-psychosociaux

La prise en compte des problèmes médicaux, psychologiques et sociaux s'impose à la fois du fait même de leur existence et de leurs conséquences mais aussi comme un élément primordial, susceptible d'influer sur les consommations nocives : il est en effet parfaitement démontré que les situations de stress, les souffrances psychologiques, les difficultés sociales sont des facteurs de rechutes majeurs. Dans le même ordre d'idée, l'action sur l'environnement familial et relationnel, amical ou social est également capitale. C'est d'ailleurs dans l'esprit de pouvoir agir sur ces différents facteurs que nous avons insisté sur leurs évaluations dans le bilan initial.

Il sera donc capital d'avoir comme objectif d'éviter la rupture des liens affectifs et sociaux et d'éviter la marginalisation.

Plus les dommages ou les altérations médicales, psychologiques et psychiatrique ou sociales sont importantes, plus une action spécifique sur

chacun d'entre eux est indispensable et moins une action isolée sur les comportements de consommation a de chance d'être efficace. Il convient en particulier de traiter les troubles psychiatriques comorbides, notamment l'anxiété et la dépression, qui sont des facteurs de rechutes ainsi que d'intervenir sur la marginalisation et la désocialisation qui sont également des facteurs majeurs de rechutes.

Ces modalités de prise en charge ne sont évidemment pas spécifiques à tel ou tel produit, mais doivent pouvoir être effectives dans le processus de soins.

Les actions en vue de réduire les risques

Elles dépendent des risques inhérents à la consommation de chaque produit allant par exemple de la prévention de la conduite automobile sous psychotropes, à celle de la déshydratation sous ecstasy ou à celle du « mauvais voyage » sous hallucinogènes. De même, il conviendra d'agir pour essayer d'éviter les pathologies transmises par la seringue ou des maladies sexuellement transmissibles. Enfin, la grossesse est un moment où l'action est particulièrement nécessaire et assez facilement acceptée.

C'est la mise en place coordonnée, complémentaire, et dans la continuité de ces différentes actions, qui, seule, permettra une prise en charge et des soins efficaces.

III Adaptation de cette stratégie de prise en charge aux différentes situations cliniques

Nous serons amenés à détailler les particularités de ces situations dans les chapitres suivants

La gravité d'un usage nocif, son pronostic et ses difficultés de prise en charge sont en grande partie liés à l'existence de problèmes psychosociaux

C'est un des éléments majeurs de la stratégie thérapeutique, aussi bien chez l'adulte que chez l'adolescent. L'existence d'une problématique psychiatrique ou psychologique implique, sous peine d'échec, une prise en charge spécifique, en plus de l'action sur les consommations. Cette recommandation est valable dans tous les cas : si l'action psychothérapique se conçoit tout naturellement pour les consommations de l'adolescent, son utilité n'est pas discutée pour les problèmes liés à l'alcool dès qu'il y a une psychopathologie sous-jacente. En revanche, cette aide psychologique ou psychiatrique est souvent

négligée dans l'aide au sevrage tabagique, ce qui favorise les rechutes. De même, l'aide éducative ou sociale peut s'avérer nécessaire, voir primordiale (avant même l'essai de changement dans les habitudes de consommation) et ce quels que soient les produits consommés.

L'évaluation de ces difficultés psychosociales est donc un travail capital, car elle oriente et définit la prise en charge :

- chez les adolescents (et les jeunes adultes) les problématiques psychologiques sont très intriquées à celle de la consommation. Nous serons donc amené à les détailler tout particulièrement dans les conduites à tenir dans la mesure où elles ont des spécificités toutes particulières.
- chez l'adulte les prises en charge psychologiques, psychiatriques ou sociales sont plus classiquement décrites. Il n'est pas possible dans ce travail de reprendre toutes les modalités éventuelles d'aides psychiatriques ou sociales. Il convient, toutefois, d'insister sur le fait que, si elles sont nécessaires, elles doivent absolument faire partie du programme thérapeutique.

Les différentes possibilités d'action selon les acteurs

A) le sujet lui-même

L'usager de substances psychotropes est évidemment le premier et le principal acteur capable de modifier sa consommation. Comme cela a été précisé dans les données cliniques et épidémiologiques un pourcentage important de sujets ayant des usages à risque ou nocifs sont capables, le plus souvent l'âge venant, de réguler leur consommation à des niveaux non nocifs ou de l'arrêter.

On connaît mal les déterminants de cette normalisation. Les éléments personnels de motivation sont sûrement primordiaux, mais, là encore, il faut tenir compte du poids de l'entourage familial et social (ont vu qu'il pouvait favoriser ou limiter et empêcher les consommations) et des facteurs de personnalité et de vulnérabilité individuelle. Enfin, le potentiel additif du produit en cause joue également un rôle déterminant.

B) le rôle de l'entourage familial et social

Selon les cas l'entourage peut être constitué de la famille (notamment chez l'adolescent ou elle devrait, autant que faire se peut, être partie prenante) ou des amis (qu'il s'agisse des "copains" chez les jeunes ou des amis chez les plus âgés) ou des personnes proches concernées (enseignants ou éducateurs chez les jeunes, collègues de travail ou travailleurs sociaux chez les adultes).

Cet entourage a un rôle qui peut être :

- **de repérer** le plus précocément possible les usages à risque et l'usage nocif et d'évaluer la gravité en sachant que celle-ci est liée aux modalités de consommation mais aussi aux facteurs de risques individuels et sociaux

- **d'aider à modifier les consommations :**

- **soit en conseillant et accompagnant** dans la réduction (ou l'arrêt des consommations) ;

- **soit en orientant** vers les intervenants compétents si le sujet n'arrive pas à modifier, seul ou avec l'aide de ses proches, ses consommations. Ces intervenants compétents peuvent être selon les cas :

- le médecin généraliste ou le psychiatre ou l'infirmier du Centre médico-psychologique le plus proche ;

- lorsque la problématique est encore plus grave, associant un usage nocif très fréquent et des facteurs de risque importants, il conviendra d'orienter vers des intervenants spécialisés en addictologie (alcoologie, toxicomanie ou tabacologie).

- **d'accompagner** pendant la phase difficile de modifications des consommations, en ayant les attitudes adaptées aussi longtemps que nécessaire.

C) les acteurs sanitaires

Il peut s'agir là du médecin généraliste, en première ligne soit pour repérer ces usages nocifs soit pour être informé par les proches, mais aussi du médecin, du psychologue ou de l'infirmière scolaire ou du médecin du travail.

Tout médecin généraliste devrait parfaitement connaître la conduite à tenir en cas d'usage à risque ou d'usage nocif ; il devrait savoir manier le conseil, la thérapie brève ou la prise en charge psychologique. Ceci concerne aussi bien l'aide qu'il doit apporter aux adultes qu'aux adolescents. Dans la pratique, le médecin généraliste a un rôle qui peut aller bien au-delà du repérage et de l'intervention brève. Il est souvent le seul à avoir les éléments pour une prise en charge globale individuelle et familiale et pour un suivi des personnes au long cours, éventuellement dans un partenariat avec les spécialistes ou dans le cadre d'un réseau.

Il doit aussi savoir quand, et sur quels critères il doit confier le patient à des services plus spécialisés (qu'il s'agisse d'intervenants (alcoologie, toxicomanie, tabacologie) ou d'unités spécialisées en addictologie ou qu'il s'agisse de structures médicopsychologiques (psychiatre libéral ou public, Centre Médico-Psychologique adultes ou infanto-juvéniles).

D) les intervenants spécialisés

Ces intervenants spécialisés peuvent être soit des spécialistes en addictologie (éventuellement orientés plus spécifiquement vers l'alcoologie, la tabacologie ou la toxicomanie) soit des structures psychiatriques.

Ils peuvent intervenir :

- pour un simple conseil, permettant de dédramatiser un simple usage à risque, renforçant les capacités du sujet et de sa famille et le renvoyant éventuellement vers l'aide d'un médecin généraliste
- pour une prise en charge brève portant essentiellement sur la modification de la consommation, lorsque l'usage nocif est peu grave, ne s'accompagnant pas de problèmes psychologiques et sociaux notables.
- et le plus souvent pour une prise en charge globale, associant prise en charge psychologique personnelle et familiale et éventuellement une aide éducative et sociale chez des sujets ayant une consommation toxicomaniaque et des difficultés individuelles, sociales voire légales, multiples.

Bibliographie

1. Fontaa (V.), Senninger (J.L). Le médecin et le toxicomane : guide pratique. Thoiry, Ed. Heures de France, 1997, 279 p.
2. Forrest (G.G) La dépendance chimique et les troubles de la personnalité antisociale. Psychothérapie et stratégies d'évaluation.) Chemical dependency and antisocial personality disorder : psychotherapy and assessment strategies. Binghampton, NY, Haworth Press, 1994, 378 p.
3. Geismar-Wieviorka (S.) Les toxicomanes ne sont pas tous incurables. Paris, Seuil, 1998, 209 p.
4. Gibier (L.). Prise en charge des usagers de drogues. Rueil Malmaison. Doin 1999, 341p
5. Kiritze-Topor (P.). Comment aider les alcooliques et ceux qui les entourent. Paris 1999, 273 p
6. Marlatt (G. A.) Harm reduction : pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. Réduction des dommages : stratégies sur le terrain pour prendre en charge les comportements à haut risque. New York, London, The Guilford Press, 1998
7. Morel (A.), Herve (F.), Fontaine (B.) Soigner les toxicomanes. Paris, Dunod, 1997, 364 p.
8. Venisse (J.-L.), Bailly (D.) Addictions : quels soins ?. Paris, Milan, Barcelona, Masson, 1997, 271 p.

Chapitre II **Les stratégies d'aide individuelle : comment aider les consommateurs à problèmes**

Henri-Jean Aubin, Jacques Béraud,
Gérard Cagni, Bertrand Dautzenberg,
Michel Lejoyeux, Daniel Marcelli,
François Paille, Michel Reynaud

Nous allons développer dans ce chapitre les modalités de prise en charge, validées, qui permettent un changement dans les comportements de consommation. Il convient encore de rappeler que ces actions sur les comportements de consommation doivent être accompagnées, si besoin, d'une aide psychologique pour atteindre leur pleine efficacité psychologique et sociale.

C'est en fonction de la gravité du comportement de consommation, de ses conséquences, de l'importance des facteurs psychologiques et sociaux que sera déterminée la stratégie thérapeutique.

Ces stratégies thérapeutiques peuvent consister en :

- un conseil simple, en cas d'usage à risque
- des interventions brèves, répétées plus ou moins fréquemment selon la compliance, la gravité des usages à risque et les caractéristiques individuelles.
- des interventions sur les comportements de consommation et une aide psychothérapeutique ou psychiatrique
- une prise en charge globale (psychologique, éducative, sociale) longue ayant pour but de modifier non seulement les caractéristiques de consommation mais aussi les modalités de fonctionnement individuel et social.

I Préalable : établir une relation d'alliance

La relation

Cette relation n'est pas acquise d'emblée, elle se construit au fil d'un appivoisement réciproque que nous diviserons pour plus de clarté en deux phases :

- une phase qui consiste à **transformer la rencontre en relation**. C'est une période volontiers vécue comme conflictuelle à ses débuts, mais quelques principes de base permettent de dépasser ce vécu au fil des améliorations afin d'obtenir les prémices d'une alliance thérapeutique. Elle durera d'autant plus longtemps que le seuil de départ est bas ;
- une phase pendant laquelle **l'alliance thérapeutique** est plus nettement **instaurée**, et permet un travail au long cours visant à obtenir des changements durables chez le patient. Cette phase, qui nécessite un climat relationnel adapté, s'attache à agir à la fois sur les comportements de consommation et sur les difficultés psychiques voire psychiatriques ainsi que sur les problèmes sociaux afin de faire progresser le patient.
- l'alliance thérapeutique s'appuie sur **l'empathie**² : reprenons à ce propos, certaines des caractéristiques de la relation avec les patients usagers de substances psychoactives telles que décrites par Lionel Gibier.

L'empathie : être chaleureux : neutralité ne veut pas dire « indifférence » et « soignant » ne se résume pas à « technicien » : une relation directe, chaleureuse, ferme et sereine est à mettre en place. Même si la chaleur humaine n'implique pas la séduction, un certain degré de cet élément, bien maîtrisé, peut être présent, visant à instituer peu ou prou une dépendance relationnelle... de substitution qui permettra de travailler dans la durée et d'affronter les difficultés inhérentes à ce type de prise en charge.

L'empathie n'implique pas le copinage et la cécité : la relation de copinage tend à dissoudre la relation thérapeutique.

L'empathie n'est pas contradictoire avec la fermeté : cette relation chaleureuse n'empêche pas la fermeté, d'autant qu'elle est formulée dans un style direct, serein, respectant l'interlocuteur qui aura été prévenu à l'avance et clairement des contrats mis en place.

2. « L'empathie, partage d'une expérience psychique intrasubjective dans une relation intersubjective, caractérise la disposition affective d'un sujet à l'égard d'un autre. Dans le domaine de la santé et du soin, l'empathie définit l'attitude du professionnel qui exprime à son interlocuteur un intérêt ou un souci pour la santé de celui-ci dans un climat de bienveillance et d'absence de jugement » (Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent).

La fermeté n'implique pas la rigidité : face à un patient supposé manipulateur, menteur voire agressif, etc., il n'est pas rare que les négociations se résument à une épreuve de force, à la mise en place de contrats plus destinés à protéger le soignant et l'institution qu'à aider le patient.

L'empathie n'oblige pas à la toute-puissance

La toute-puissance est un des dangers majeurs de la relation :

- d'une part, parce qu'elle présente le risque de l'escalade médicamenteuse et la sensation de mise en échec du soignant en cas de rechute : la rechute est vécue plus comme un échec du soignant, un désaveu de sa compétence, voire un manque de volonté du patient que comme un élément normal d'une problématique chronique dont il y a à tirer profit ;
- d'autre part, parce qu'elle peut gêner les relations vers le partenariat ;
- enfin, parce qu'elle fait obstacle à un principe de la prise en charge : l'autonomisation du patient en le rendant actif dans le soin.

Mise en place de l'alliance thérapeutique

Il s'agit de créer un climat de collaboration avec le patient et d'accepter de passer du temps à clarifier la relation thérapeutique :

- définir les rôles du patient et du thérapeute ;
- explorer les attentes du patient concernant le traitement. Il est utile d'interroger le patient sur ses expériences thérapeutiques passées ;
- d'expliquer la procédure thérapeutique envisagée par le thérapeute (durée du traitement, contenu des séances, clarifier la question de la confidentialité) ;
- obtenir du patient un engagement dans le programme : ponctualité, sobriété au moment des séances, travail des exercices entre les séances ;
- empathie pour le vécu des patients ;
- encourager autant que possible, montrer systématiquement que les progrès sont possibles, et chercher à augmenter le sentiment d'efficacité personnelle.

II Une aide adaptée à la motivation du patient

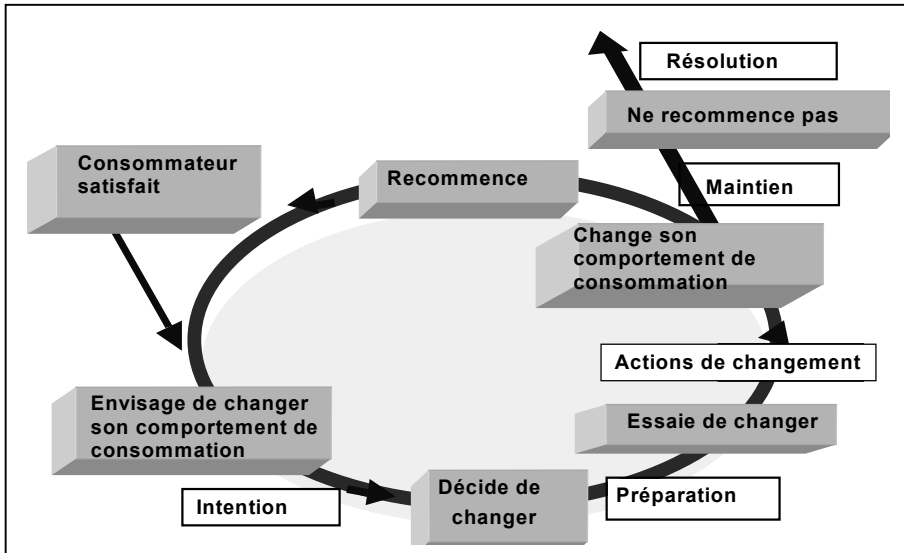
Prochaska et DiClemente ont mis en évidence, le fait qu'un changement de comportement dans le domaine de la santé n'est pas un événement ponctuel, mais un processus long qui respecte toujours plusieurs étapes. Ils ont alors conçu, expérimenté et évalué des modes d'intervention adaptés à chacune de ces étapes. On peut en effet aider les personnes à progresser au fil des étapes, à condition de choisir des méthodes et des outils appropriés. Leur modèle a donné lieu à des

recherches et des applications dans de nombreux domaines de la santé, faisant notamment intervenir des comportements inappropriés : alcoolisme, mais aussi tabagisme, toxicomanie, troubles des comportements alimentaires, maladies sexuellement transmissibles, exposition au soleil, dépistages, observance thérapeutique... Ainsi, la formation à ces techniques devrait se développer, y compris au cours des études médicales pour aider les patients à changer de comportement. Leur domaine d'application s'avère en fait très vaste dans le domaine de la santé. Ils ont défini six étapes de changement.

*Le cycle de Prochaska :
les 6 étapes d'un changement de comportement*

Voici une brève description des six étapes d'un changement de comportement visant à protéger ou améliorer la santé :

1. **La pré-intention** : la personne n'envisage pas de changer son comportement dans les six prochains mois. Les raisons en sont variées : manque d'information, manque de confiance en soi, échecs antérieurs, peur des conséquences, choix d'autres priorités...
2. **L'intention** : elle envisage de modifier ses habitudes dans un avenir relativement proche. Elle pèse le pour et le contre.
3. **La préparation** : la décision est prise et la personne se prépare au changement. Elle demande conseil, recherche des informations ...
4. **L'action** : c'est une période d'environ six mois au cours de laquelle la personne modifie ses habitudes. Cela lui demande beaucoup d'attention et d'énergie au quotidien.
5. **Le maintien** : il s'agit alors d'éviter les rechutes. L'effort à fournir est moins intense, la personne a davantage confiance en ses capacités.
6. **La résolution** : c'est le moment où la personne n'a plus jamais la tentation de revenir à un comportement antérieur, même quand elle est stressée, anxieuse, déprimée ou en colère. De plus, elle est tout à fait convaincue qu'elle ne rechutera pas. Une étude auprès d'anciens fumeurs et d'anciens alcooliques a montré que moins de 20 % des individus de chaque groupe avaient atteint ce stade, c'est-à-dire n'éprouvaient plus aucune tentation et avaient acquis 100 % d'assurance. Sans doute faut-il considérer cette étape comme un idéal pour la majorité des gens, l'objectif réaliste étant de rester à l'étape de maintien. Puisque le stade de la résolution semble difficile à atteindre dans la réalité, les chercheurs lui accordent peu d'importance.



Un questionnaire très simple permet d'évaluer le degré de motivation

Laquelle de ces propositions décrit le mieux votre situation actuelle ? (une seule réponse)

1) Je consomme des produits, et je n'ai pas l'intention d'arrêter dans les six prochains mois

⇒ **préintention**

2) Je consomme des produits mais j'ai sérieusement l'intention d'arrêter (ou de changer) dans les six prochains mois

⇒ **intention**

3) Je consomme mais j'ai décidé d'arrêter ou de modifier sérieusement ma consommation dans le mois qui vient

⇒ **préparation**

4) J'ai modifié (ou arrêté) ma consommation depuis moins de six mois

⇒ **action**

5) J'ai modifié (ou arrêté) ma consommation depuis plus de six mois

⇒ **maintien**

Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faudra tenir compte du stade où elle se trouve. À chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés. Tout passage d'une

étape à la suivante doit être considéré comme une réussite, aussi bien par le médecin que par le patient.

Ce processus n'est pas linéaire : il peut y avoir des retours à un stade précédent. Une étape peut durer plus ou moins longtemps. C'est un des intérêts de ce schéma que de prendre en compte la possibilité de retour en arrière comme partie intégrante du processus de changement. L'expérience montre d'ailleurs qu'avec ce type de méthode, en cas de rechute, la personne revient très rarement au stade de la pré-intention. Elle envisage très vite une nouvelle tentative de changement et ses chances de succès en sont d'autant plus importantes.

À noter que, de façon générale, si l'on veut induire des changements de comportement avec quelque chance de succès, **il vaut mieux opter pour des stratégies qui ne reposent pas seulement sur la persuasion, mais qui consistent avant tout à obtenir des actes.** Même si, au début, ceux-ci sont de portée limitée, ils engagent davantage les patients, de manière librement consentie, à poursuivre et sont de nature à faire peu à peu évoluer leurs opinions, leurs attitudes, leurs comportements. Ceci d'autant qu'**il est illusoire de faire atteindre à un patient un objectif qui ne lui convient pas.** Ainsi beaucoup de patients se réalcoolisent car ils n'ont pas encore pris de décision claire d'abstinence, ils n'ont pas réussi à faire le deuil de l'alcool, leur motivation n'est qu'apparente, ils appréhendent difficilement et avec inquiétude les efforts, les sacrifices à consentir, notamment au regard des « bénéfiques » immédiatement ressentis lors des prises de produit.

La prise en compte de l'ambivalence et l'entretien de motivation

Chez une personne qui envisage de modifier son comportement de consommation nocive coexistent à la fois le désir et la peur de changer. En effet, d'un côté, la consommation actuelle pose ou risque de poser des problèmes. Le patient est donc conscient qu'il serait préférable de la modifier. D'un autre côté, cette consommation lui apporte quelque chose dont la disparition l'inquiète d'autant que la stabilité est rassurante. Ceci est d'ailleurs vrai pour tous nos comportements, empreints à la fois de désir de découverte et de désir de stabilité et de sécurité. Le médecin peut travailler sur cette ambivalence. Pour ce faire, il est nécessaire d'utiliser des techniques d'entretien visant à accroître et renforcer la motivation du patient à changer de comportement.

Une technique particulière d'entretien, ou **entretien de motivation**, plus approfondie que le simple conseil, a été développée par MILLER. Il s'agit davantage d'un style d'entretien que d'une procédure

figée. La discussion est menée par le médecin mais il amène le patient à parler de sa vision du problème, à demander de l'information ou à prendre les décisions qui lui conviennent. Le médecin aide ainsi progressivement le patient à explorer et à résoudre son ambivalence par rapport à sa consommation de substances psychoactives.

A) Les caractéristiques de l'entretien de motivation selon Miller

Les éléments qui caractérisent l'entretien de motivation ont été décrits par Miller grâce à l'acronyme anglo-saxon « **FRAMES** »

✓ **Feedback (rétro-action)** : l'accent doit être mis explicitement sur l'évaluation des conséquences occasionnées par la consommation de produits psychoactifs : la simple participation à cette évaluation, le simple fait de s'intéresser à un comportement et à ses conséquences peut avoir un impact en terme de modification de ce comportement du fait du rétrocontrôle qu'elle implique. Le médecin peut, par exemple, expliquer au patient une donnée concernant sa consommation d'alcool : il peut commenter le résultat d'un questionnaire rempli par le patient ou des résultats biologiques.

✓ **Responsabilité** : il est nécessaire de dire au patient que sa consommation relève de son propre choix. La perception du contrôle personnel est reconnue comme une condition nécessaire à la modification du comportement et à sa pérennisation. Le médecin doit insister sur le fait que le changement repose sur une décision du patient lui-même et de personne d'autre. Ce point est essentiel. La prise en charge actuelle des conduites addictives repose sur une démarche active du patient.

✓ **Advice (conseil)** : les interventions comportent un conseil oral ou écrit du médecin de réduire ou d'arrêter la consommation d'alcool, mais c'est le patient qui choisit le type de changement.

✓ **Menu** : un objectif général est prescrit et un éventail de stratégies thérapeutiques est proposé. Un tel choix augmente la probabilité que le patient trouve une approche acceptable ou appropriée à sa situation.

✓ **Empathie** : ce type de conseil se caractérise par une approche bienveillante, chaleureuse, et une écoute attentive et active

✓ **Self-efficacy (sentiment de sa propre efficacité)** : il faut encourager l'auto-efficacité du patient pour obtenir une modification de son comportement et créer une atmosphère optimiste plutôt que de mettre l'accent sur l'impuissance. Le médecin doit donc s'efforcer de renforcer la confiance en lui du patient, son sentiment d'être capable d'opérer ce changement.

B) Les caractéristiques de l'entretien de motivation : CADRES

Nous proposons d'adapter en français cet acronyme de la manière suivante :

C	Conseil : pour donner un Conseil, un avis adapté, pour proposer une aide, il fait	Advice
A	Alliance : établir une Alliance thérapeutique, basée sur l'empathie, la compréhension	Empathy
D	Définir : il faut tout d'abord Définir ensemble : – les conséquences de la consommation – les modalités de la consommation – les liens entre les modalités de consommation et les conséquences – ainsi que les objectifs à atteindre	Feed-back
R	Responsabilité : en rappelant au patient que sa consommation relève de sa Responsabilité. La décision de consommer, comme de modifier cette consommation relève de son propre choix.	Responsability
E	Encourager : il convient d'Encourager le patient, de le renforcer dans ses capacités à changer son comportement et à atteindre ses objectifs, de le valoriser, de développer le sentiment de sa propre efficacité	Self-efficacy
S	Stratégies : de lui proposer alors un éventail de Stratégies thérapeutiques, dans laquelle il peut choisir celles qui lui convient en fonction de ses propres objectifs	Menu

Adaptation française du FRAMES de W.R. Miller par M. Reynaud

Un choix de stratégies

À partir des 2 notions d'ambivalence et de niveau de motivation, Rollnick a décrit 8 modalités d'intervention du médecin, chacune nécessitant 5 à 15 minutes d'entretien (73). Le choix d'une stratégie par rapport à une autre dépend essentiellement du niveau de motivation du patient (voir exemples tableau 5).

A) Techniques d'entretien

Quelle que soit la stratégie choisie, l'entretien a les mêmes caractéristiques de base :

– **questions ouvertes**

– **écoute active** : il s'agit ni de laisser le patient parler seul avec le risque qu'il ne dise rien ou qu'il ne s'égaré dans des considérations peu

Chapitre II Les stratégies d'aide individuelle : comment aider les consommateurs à problèmes

utiles, ni de laisser le médecin s'exprimer seul et prodiguer ses conseils et recommandations, souvent en décalage avec les souhaits du patient. Il s'agit d'un entretien semi-structuré laissant un espace de parole suffisant au patient, mais au cours duquel le médecin est amené à recentrer la discussion et à recueillir les informations nécessaires au diagnostic et aux propositions thérapeutiques.

– **reformulation** : il s'agit de reformuler les propos du patient pour vérifier que le médecin a bien compris la pensée du patient et pour l'aider à la préciser et à la clarifier. Par exemple : « si je vous ai bien compris, vous pensez que... » ou «...vous dites que... ».

Parfois, le patient s'arrête de parler en cours de phrase car il a du mal à continuer pour des raisons diverses. On peut alors reprendre la fin de sa dernière phrase laissée en suspens pour lui indiquer que l'on est à son écoute et l'inciter à continuer.

– **synthèse des propos**

Toutes ces stratégies poursuivent le même but : aider le patient à prendre la décision de modifier sa consommation. La démarche d'ensemble repose sur la mise à jour progressive et l'analyse de l'ambivalence, jusqu'à ce que le patient perçoive plus d'avantages que d'inconvénients au fait de changer de comportement.

Pour aider les médecins dans leur démarche, des documents pédagogiques adaptés à ces différents degrés de motivation de leurs patients ont été élaborés par le Comité Français d'Éducation à la Santé (CFES) en collaboration avec des médecins généralistes (6).

Enfin, il faut insister sur l'importance de comprendre le rôle de la consommation de produit dans la vie des personnes concernées : quelle est la fonction du produit ? Dans quelles circonstances consomment-elles ?

Cette bonne compréhension du problème doit permettre de travailler sur ces situations à risques et d'aider les personnes à acquérir les moyens de mettre en place des stratégies alternatives efficaces pour qu'elles puissent les gérer sans alcool. C'est tout l'enjeu des thérapies cognitives et comportementales dont le développement récent apparaît extrêmement prometteur.

B) Choix des stratégies d'abord

Stratégie	Objectifs	Exemples de questions <i>(Questions à intégrer systématiquement dans tout entretien initial avec un patient, au même titre que les antécédents, le mode de vie, le tabagisme...)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Aborder le sujet de l'alcool à l'occasion d'un entretien sur le mode de vie • Aborder le sujet de l'alcool à l'occasion d'un entretien sur l'état de santé • Faire décrire une journée (ou un épisode) typique de consommation • Faire décrire les bonnes et les moins bonnes choses associées à la consommation • Apporter des informations • Comparer l'avenir et le présent • Examiner les inquiétudes associées à la consommation • Aider à la prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le contexte de consommation • Comprendre comment le patient fait le lien entre sa consommation d'alcool et ses problèmes de santé • Aider le patient à parler de ses habitudes de consommation en dehors de toute considération médicale • Découvrir ce que le patient ressent en consommant de l'alcool sans introduire ses propres hypothèses • Apporter, avec tact, et seulement si le patient est d'accord, des informations sur les effets de l'alcool • Aider le patient à mettre à jour ses contradictions pour en faire un instrument de motivation • Aider le patient à exprimer en quoi sa consommation d'alcool le préoccupe • Accompagner le patient dans sa prise de décision en respectant son rythme 	<ul style="list-style-type: none"> • « Que buvez-vous ? » • ou « quelle place occupe votre consommation d'alcool dans votre vie quotidienne ? » • « Selon vous, quelles sont les conséquences de votre consommation d'alcool sur votre santé ? » ou « pensez-vous que votre consommation d'alcool puisse avoir un rôle sur votre état de santé ? » • « Pouvons-nous consacrer 5 ou 10 minutes à passer en revue toute votre journée ? Que s'est-il passé ? Qu'avez-vous consommé ? » • « Qu'est-ce qui est agréable dans le fait de boire de l'alcool ? » • « Qu'est-ce qui est moins agréable ? » • « Etes-vous intéressé par en savoir plus sur la façon dont l'alcool agit sur l'organisme ? » • « En quoi souhaiteriez-vous que les choses soient différentes à l'avenir ? » • « Qu'est-ce qui vous empêche actuellement de faire ce que vous avez envie de faire ? » • « Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre consommation d'alcool ? » • « Où en êtes-vous maintenant ? »

Tableau 5 : exemples d'interventions du médecin en fonction du degré de motivation du patient (du haut en bas : patient de plus en plus motivé) (d'après 6).

III Les stratégies cognitivo-comportementales dans l'usage nocif

Le traitement cognitivo-comportemental de l'usage nocif de substances comporte les étapes suivantes, qui, bien que se succédant, peuvent également se recouvrir :

1. Mettre en place une alliance thérapeutique ;

2. Augmenter la motivation à changer son comportement ;
3. Évaluer le comportement d'usage nocif ;
4. Déterminer les objectifs thérapeutiques ;
5. Proposer les stratégies cognitivo-comportementales adaptées à l'objectif ;
6. Évaluer les résultats thérapeutiques.

Mise en place de l'alliance thérapeutique (voir le paragraphe I ci-dessus)

Augmenter la motivation au changement (voir le paragraphe II ci-dessus)

Évaluer le comportement d'usage nocif

Il est important, dans une perspective cognitivo-comportementale, d'évaluer avec le patient, non seulement le comportement de consommation (quantité et fréquence), mais également les différents facteurs qui déclenchent le comportement ou qui concourent à le maintenir. Ces *déclencheurs* du comportement peuvent être des situations interpersonnelles, des états émotionnels, ou encore des environnements particuliers.

Il est également important d'évaluer les conséquences du comportement d'usage nocif, tout en essayant de dégager les facteurs de renforcement positifs et négatifs. L'usage nocif peut avoir des conséquences négatives dans différents domaines :

- difficultés relationnelles ;
- difficultés au travail ;
- problèmes avec la Justice ;
- problèmes de santé ;
- problèmes financiers ;
- difficultés psychologiques.

Il est enfin utile d'explorer les attentes du patient concernant les effets de la substance.

Déterminer les objectifs thérapeutiques

Le modèle traditionnel *d'addiction-maladie*, d'abord développé dans le cadre de l'alcoolisme, a conduit à un objectif thérapeutique univoque, avec prescription systématique de l'abstinence. Dans cette perspective, le sujet malade ne pouvait connaître que deux états avec la

substance : celui de l'absence de contrôle de la consommation, ou celui d'abstinence totale. Une démarche thérapeutique alternative, proposant le choix entre consommation modérée et abstinence a été développé depuis les années 1970, dans le cadre de l'alcool. Des programmes spécifiques, cognitivo-comportementaux, de consommation contrôlée ont été développés depuis. L'intérêt d'offrir le choix (consommation contrôlée ou abstinence) aux patients a récemment gagné considérablement de terrain dans la littérature.

Dans leurs revues de la littérature, Sobell et Sobell (1995) et Carinner *et al* (1998) montrent que :

- Même après avoir bénéficié de programme thérapeutique orienté vers l'abstinence, certains patients alcoolodépendants choisissent et réussissent à maintenir une consommation modérée.
- Même après avoir suivi un programme de consommation contrôlée, de nombreux patients alcoolodépendants choisissent l'abstinence. Au cours du temps, les taux d'abstinence (comparés à ceux de consommation contrôlée) tendent à augmenter.
- Offrir le choix de l'objectif (consommation contrôlée ou abstinence) permet une meilleure rétention dans le traitement, sans augmenter le risque de rechute vers une perte de contrôle de la consommation.
- Quand le choix est offert, les patients en difficulté avec l'alcool ont tendance à choisir l'objectif qui correspond le mieux à la sévérité de leur situation.
- De nombreuses personnes souffrant d'usage nocif ou même de dépendance à l'alcool restent en dehors du système de soins car ils rejettent l'idée d'une abstinence totale. Ainsi, les programmes traditionnels orientés sur l'abstinence ne s'adressent qu'à une minorité de patients souffrant de l'alcool. De plus, il est vraisemblable que les sujets ayant des difficultés mineures avec l'alcool (usage nocif) soient beaucoup plus nombreux dans la population générale que ceux qui ont des difficultés beaucoup plus importantes (notamment une dépendance), auxquels s'adressent les programmes traditionnels. Ainsi, offrir un programme de consommation contrôlée permet à une proportion beaucoup plus importante de personnes en difficulté avec l'alcool de rechercher de l'aide au niveau du système de soins.

Si la plupart des programmes de consommation contrôlée ont été développés avec l'alcool, certains ont également pu être proposés pour le tabac.

Proposer les stratégies cognitivo-comportementales adaptées à l'objectif

Les stratégies cognitivo-comportementales proposées vont dépendre en partie du type d'objectif (consommation contrôlée ou abstinence) poursuivi et de l'analyse fonctionnelle, déterminant les facteurs déclenchant ou pouvant maintenir le comportement d'usage nocif. On peut citer les stratégies suivantes :

A) Gérer ses envies de consommer

Les envies de consommer sont un phénomène normal, en général plus fréquentes au début du traitement, et s'estompant incomplètement par la suite. Elles sont le plus souvent liées à des situations déclenchantes. Les symptômes dépendent de la substance en cause, mais sont le plus souvent à la fois physiques (oppression thoracique, sensation particulière dans la bouche...) et psychologiques (nervosité, agitation...). Le point essentiel est que ces envies vont en général par vagues, les sensations augmentant rapidement jusqu'à un acmé, pour ensuite diminuer et disparaître. Le plus souvent, ces envies de consommer sont brèves, de l'ordre de quelques minutes.

Contrôle du stimulus

Une première façon de gérer les envies de consommer est de contrôler les stimulus : évitement (par exemple, éviter les autres consommateurs), substitution (dans le cas du tabac, cela pourrait être remplacer un apéritif alcoolisé par un apéritif non alcoolisé) et changement (modifier sans supprimer la situation déclenchante).

Stratégies cognitives d'opposition

Un certain nombre d'opérations cognitives permet de contrôler, de réduire l'intensité et la durée des envies de consommer :

- Se souvenir que les envies vont par vagues et sont brèves, et que par conséquent cela ne va pas durer.
- Déramatiser
- Occuper le terrain cognitif par des slogans
- Se répéter la liste de ses motivations
- Penser à autre chose de plaisant
- Auto-encouragement

Stratégie cognitive d'accompagnement

Plutôt que de s'opposer à l'envie de consommer, une autre stratégie consiste à accompagner l'envie : surfer sur la vague. Cette

opération nécessite de s'installer confortablement et de se concentrer sur l'ensemble des sensations physiques et psychologiques qui caractérisent l'envie. L'attitude mentale est celle d'un explorateur curieux. Le sujet va contrôler toutes les manifestations (physiques et psychologiques) en faisant l'inventaire, mesurant l'intensité, observant l'augmentation progressive, la stabilisation au point d'acmé et enfin la diminution et la disparition des symptômes. Cette stratégie d'accompagnement des symptômes permet un sentiment de contrôle de la situation.

Stratégies comportementales

- Changer de contexte
- S'engager dans une activité brève
- Faire des exercices de relaxation respiratoire
- Parler de ses difficultés à une personne soutenance

B) Faire attention aux décisions apparemment anodines

- Faut-il conserver la substance (alcool, tabac, médicaments, drogues illicites) à la maison ?
- Faut-il annoncer à son entourage que l'on a arrêté de consommer ?
- Faut-il continuer à fréquenter les lieux à risque (bistrot, espaces fumeurs, lieux de deal...)?
- Faut-il se rendre à une soirée où les gens consomment ?
- Est-il important de planifier son temps libre ?

C) Avoir son plan d'urgence pour la gestion d'un faux pas (objectif d'abstinence)

- Ne pas dramatiser
- Se débarrasser de la substance
- Lutter contre les sentiments de culpabilité ou de dévalorisation
- Demander de l'aide à une personne soutenance
- Prendre un rendez-vous avec son thérapeute

D) Savoir refuser une consommation (surtout utile dans le cadre de l'alcool)

- Choisir d'avance sa consommation non alcoolisée
- Ne pas se sentir coupable
- Annoncer immédiatement le refus de boire
- Suggérer une alternative
- Éviter les réponses vagues ou les excuses
- Eventuellement changer de sujet de conversation
- Eventuellement ne plus se faire offrir à boire
- S'exprimer avec une voix claire, ferme, et sans hésitation et en regardant dans les yeux

**E) Dans le cadre d'un programme de consommation contrôlée,
on peut citer d'autres stratégies**

- Déterminer des limites en nombre de consommations par jour ou par occasion de consommer
- Auto-monitoring de la consommation
- Modification du rythme de consommation (espacer les verres, les cigarettes...)
- Pour les cigarettes, augmentation de la taille des mégots

*Programmes cognitivo-comportementaux
non spécifiques*

Les programmes d'entraînement aux compétences sociales (affirmation de soi) et, dans une moindre mesure, de gestion des émotions négatives, ont montré leur efficacité dans le traitement des addictions.

Chez les adultes jeunes

Le travail sur les attentes et les croyances, associés aux stratégies de coping, a été particulièrement développé dans le cadre de l'usage nocif d'alcool chez l'adulte jeune :

- Confrontation des attentes de stimulation à l'effet biphasique de l'alcool
- Remise en question de certaines croyances : « si boire un peu fait du bien, boire beaucoup est encore meilleur » « boire est indispensable pour avoir de bonnes relations sociales ».

Évaluer les résultats thérapeutiques

L'évaluation régulière des progrès permet de renforcer la motivation du patient et d'augmenter son sentiment d'efficacité personnelle. Quand les objectifs ne sont pas atteints, le patient et le thérapeute essaient d'identifier les obstacles. Ils peuvent alors définir de nouvelles stratégies, ou bien convenir que l'objectif est hors de portée (momentanément ou définitivement). Il peuvent dans ce cas modifier l'objectif thérapeutique.

Le traitement est terminé quand les objectifs ont été atteints. Le patient est prévenu de certains signes d'alerte, qui doivent faire craindre une rechute et envisager une reprise du traitement.

Il est probable que le réel **impact de ces interventions brèves s'appuie sur la motivation à changer de comportement** et qu'une fois cette motivation obtenue, lorsque la décision de changer est claire, les patients sont capables de mettre en œuvre des processus naturels de changement et de modifier leur comportement avec un minimum d'aide

supplémentaire. Il serait utile de disposer d'études complémentaires précisant le type de patients susceptibles de répondre au mieux à ce type d'approche.

IV Usages à risque et usage nocif d'alcool – interventions d'aide et de soins

C'est pour l'alcool que les techniques d'intervention brèves ont été décrites, codifiées, évaluées. En effet, d'une part, l'usage nocif de l'alcool s'étend sur de nombreuses années, la dépendance mettant une vingtaine d'années à s'installer ; d'autre part du fait de la fréquence de la consommation d'alcool, l'usage nocif existe chez des sujets n'ayant pas de problématique psychologique ou sociale importante.

Il y a donc une parfaite légitimité et une grande efficacité à avoir une action forte centrée essentiellement sur la comportement de consommation.

Toutefois, cette action doit se compléter d'interventions psychologiques et sociales dans deux circonstances :

- lorsque le sujet présente, causes, ou conséquences, des altérations psychologiques et sociales
- chez les jeunes consommateurs

La nécessité d'une évaluation globale

Dans tous les cas, une évaluation soigneuse doit être conduite portant sur :

- ◆ **Les modalités de consommation**
- ◆ **Les aspects médicaux** : recherche des différentes complications organiques qui peuvent être engendrées par l'alcool
- ◆ **Les aspects psychiatriques** :
 - ✓ Recherche de complications anxieuses et dépressives.
 - ✓ Évaluation du risque suicidaire et recherche de crises « mixtes » associant intoxication et désir de mort.
 - ✓ Recherche éventuelle d'un trouble de la personnalité, le plus fréquemment associé étant la personnalité antisociale (impulsivité, conduites de transgression sociale...).
 - ✓ Enfin, il devrait y avoir un dépistage systématique d'une consommation d'alcool chez les patients suivis pour un trouble psychiatrique. On pourra s'appuyer sur diverses échelles dont l'H.A.D.

- ◆ **Les aspects sociaux** : recherche de difficultés sociales :
 - ✓ *familiales* ;
 - ✓ *professionnelles* ;
 - ✓ *financières* ;
 - ✓ *logement*
- ◆ **La qualité de vie** : elle peut être appréciée simplement par une échelle visuelle analogique, ou de manière plus complète par des questionnaire de Qualité de vie (SF36...)
- ◆ **La présence de conduites addictives associées** (tabac, drogues illicites, médicaments, voire d'addictions sans produit)
- ◆ **Les aspects motivationnels** en utilisant le schéma proposé par Prochaska en 6 étapes détaillé précédemment
 - ✓ *La pré-intention*
 - ✓ *L'intention*
 - ✓ *La préparation*
 - ✓ *L'action*
 - ✓ *Le maintien*
 - ✓ *La résolution*

C'est cette évaluation globale qui permettra de proposer les stratégies d'accompagnement les mieux adaptées à chaque personne.

Intérêt d'un abord précoce

Un **abord précoce**, le plus précoce possible, des consommations à risque et à problèmes est indispensable, car les complications sont moins importantes et la prise en charge plus facile. À ce stade, on se heurte cependant à la motivation souvent faible d'un patient qui ne se plaint de rien ou presque. Rappelons que :

Toute consommation à risque ou nocive n'implique pas l'abstinence. Celle-ci peut être une solution, parfois transitoire, elle n'est pas la seule. Le retour à une consommation modérée et contrôlée est possible à ce stade.

Le dépistage et la prise en charge de ces patients ne sont pas le seul fait des spécialistes. Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans le diagnostic de ces patients. Des interventions du médecin généraliste, de courte durée peuvent être efficaces pour induire un changement de

comportement. Les intervenants non médicaux ont également une place dans l'aide à ces personnes notamment pour faire évoluer leur motivation.

Quelques caractéristiques de la relation avec les patients en difficulté avec l'alcool

La prise en charge des stades précoces nécessaire pour éviter l'évolution vers des complications graves parce qu'elle est plus facile et moins coûteuse, se heurte aussi à des difficultés :

Certaines sont liées au malade : ses réactions ne sont pas toujours celles que l'on souhaite. Il peut avoir des difficultés à admettre qu'il a un problème avec l'alcool et qu'il a besoin d'aide. Les défenses mises en place peuvent conduire à un déni de la consommation et de ses conséquences. Le temps de la prise de conscience et de la motivation peut être long, d'autant qu'il ne se plaint souvent que de peu de choses. Le patient souhaite souvent un remède « miracle » permettant de modifier les choses immédiatement et sans effort alors que le temps et la motivation à évoluer sont les 2 éléments clé d'un changement de comportement.

D'autres sont liées au médecin : si les médecins sont particulièrement bien placés et ont un rôle pivot pour dépister et traiter les consommateurs d'alcool à problèmes, ceci ne semble pas fait autant qu'il serait nécessaire.

Ceci peut être dû à plusieurs causes :

- la propre attitude du médecin vis-à-vis de la consommation d'alcool qui peut le conduire à minimiser les problèmes.
- sa perception vis-à-vis des « alcooliques » qui peut amener à des contre-attitudes de rejet, sa difficulté à aborder ce problème, le manque de formation, le sentiment d'inefficacité, la crainte d'une réaction négative du patient, voire de le perdre...
- enfin, la non perception du fait que la consommation d'alcool dangereuse est une pathologie du comportement et que changer ce comportement, comme tous nos comportements, nécessite une participation active du patient, sa prise de conscience, sa motivation à changer et donc du temps ainsi qu'un accompagnement spécifique décrit dans un autre chapitre.

En cas de consommation à risque, le conseil simple ou l'intervention alcoologique ultra brève

A) Le conseil simple

Il consiste à expliquer au patient, dans le cadre d'une consultation standard, d'une dizaine de minutes, que sa consommation est trop

importante, de lui expliquer les risques encourus (surtout s'il présente des problèmes de santé en rapport avec cette consommation excessive : HTA, troubles digestifs, irritabilité, perturbations biologiques...) et de lui proposer très concrètement une réduction de consommation ne dépassant pas le seuil de prévention défini auparavant (21 verres par semaine pour un homme et 14 verres pour une femme). Plusieurs études montrent qu'un entretien structuré et concret de ce type a des effets intéressants en terme de réduction de la consommation.

Formulé systématiquement chez ces patients, par tous les praticiens, et même si sa portée demeure malgré tout limitée, ce type d'intervention produirait un bénéfice important en terme de santé publique.

Ce type de démarche, avant toute prise en charge lourde, ne nécessite pas de formation compliquée. Elle fait partie du rôle de conseiller de santé de tout médecin généraliste et devrait se développer.

Naturellement cette technique est loin d'être toujours suffisante. Ce conseil n'est pas toujours bien reçu par le patient qui peut se réfugier dans une attitude de déni. La confrontation conduit le plus souvent à une impasse relationnelle. Il faut alors privilégier la négociation et la contractualisation en prenant appui sur les ressources et les possibilités du patient.

B) Intervention alcoologique ultra brève

L'intervention ultra brève selon l'OMS dure environ 5 minutes et comprend :

- Un feedback donné au patient sur sa consommation d'alcool ;
- Une explication au patient de la notion d'« un verre d'alcool » ;
- Une explication sur les limites d'une consommation modérée d'alcool ;
- L'encouragement du patient à rester en dessous de ces limites ;
- La remise au patient d'un *livret d'aide* qui explique les effets de l'alcool sur la santé, qui donne quelques conseils pour diminuer la consommation et qui contient les adresses aussi bien des structures spécialisées en alcoologie que des associations d'anciens buveurs dans la région. Il est fortement recommandé aux autorités sanitaires de réaliser, de mettre à disposition et d'évaluer un *livret d'aide*, en français et propre à chaque région.

Son efficacité a été évaluée.

C) Les interventions brèves en médecine générale

Elles sont une piste intéressante (1, 2, 3). Elles visent principalement les sujets ayant des problèmes d'alcool plus récents ou moins sévères et qui ne justifient pas de prise en charge thérapeutique aussi « lourde » que les dépendants. Cependant, les patients aux problèmes plus sérieux peuvent aussi bénéficier de ce type d'approche lorsque l'accès à un traitement plus intensif est limité ou lorsque les barrières psychologiques empêchent le patient de demander l'aide des services spécialisés.

Le terme « intervention brève » ne fait pas référence à un type particulier de traitement des problèmes liés à l'alcool, mais fait allusion à une catégorie d'intervention différente des approches thérapeutiques classiques (sans d'ailleurs qu'elles s'opposent) et visant à modifier directement le comportement de consommation d'alcool soit vers l'abstinence soit vers la modération. Au cours de ces interventions brèves, l'accent est mis

- sur la dissuasion par la raison, mais aussi sur la responsabilisation du patient vis-à-vis de ses choix de comportement ;
- sur le temps limité consacré par le médecin (ou le professionnel de santé, car ces méthodes peuvent être utilisées par d'autres groupes professionnels) ;
- sur la « rentabilité ».

Souvent, des documents écrits sont remis au patient, documents qu'il peut consulter chez lui. Il existe en France des documents très bien faits édités par le CFES « Et vous, avec l'alcool, vous en êtes où ? » ainsi que des documents disponibles auprès des DDASS, CDPA et CODES.

De nombreuses études ont évalué ce type d'intervention. Plusieurs essais randomisés ont rapporté une baisse significative de la consommation et/ou des problèmes associés grâce à ce type de méthode (2, 3). Ainsi, la méta-analyse de WILKS montre que les patients ayant bénéficié d'interventions brèves ont environ deux fois plus de chance de modifier leur consommation que les témoins (OR = 1,91). Une deuxième méta-analyse plus récente portant sur 9 études montre qu'il faut traiter sept patients pour que l'un réduise sa consommation.

De façon générale, les interventions brèves :

- sont plus efficaces que l'absence d'intervention ;
- peuvent avoir, du moins chez les patients les moins atteints, un impact comparable à celui de thérapeute plus extensive ;
- peuvent améliorer l'efficacité d'un traitement ultérieur.

En outre, leur facilité de mise en œuvre, leur faible coût en font des techniques de choix dans la prise en charge de 1ère intention, en soins

primaires, des consommations excessives d'alcool. Après le repérage d'une consommation d'alcool à risques ou à problèmes, si les interventions brèves ne suffisent pas, diverses possibilités thérapeutiques plus ou moins lourdes peuvent être mises en œuvre.

Il n'est pas nécessairement du domaine du médecin généraliste de prendre en charge tous ses patients alcoolo-dépendants. Il peut naturellement le faire s'il le souhaite. Il peut n'en avoir pas le temps, la formation ou tout simplement pas l'envie. Il peut les confier, comme c'est le cas pour d'autres pathologies à un spécialiste (alcoologue ou psychiatre...).

En revanche, il est complètement de sa compétence en tant que professionnel de santé, de dépister et d'aborder le problème alcool avec tous ses patients concernés : l'alcoolisme est une forme d'expression d'une souffrance humaine parmi d'autres. Elle a donc sa place pleine et entière dans les cabinets de médecine générale.

Il est probable que **l'impact principal de ces interventions brèves repose sur la motivation à changer de comportement** et qu'une fois cette motivation obtenue, lorsque la décision de changer est claire, les patients sont capables de mettre en œuvre des processus naturels de changement et de modifier leur comportement avec un minimum d'aide supplémentaire. Il serait utile de disposer d'études complémentaires précisant le type de patients susceptibles de répondre au mieux à ce type d'approche.

Les interventions brèves visent principalement les sujets ayant des problèmes avec l'alcool relativement récents ou de sévérité faible à modérée, ne présentant pas de comorbidité sévère (dans ce cas, une prise en charge plus complète est nécessaire). Elles sont destinées à être menées par des groupes professionnels très divers tels que les médecins généralistes, les médecins du travail, mais aussi les infirmières, les assistantes sociales... De solides arguments indiquent maintenant que ces interventions brèves, pratiquées chez les patients définis ci-dessus, peuvent avoir un impact global très intéressant.

Elles prennent cependant, selon les travaux, des formes variées, allant de conseils peu structurés et de durée courte (1 ou 2 visites) à des techniques beaucoup plus formelles qui reposent sur les concepts et les techniques de l'auto-contrôle comportemental.

Il y a cependant un certain consensus pour proposer des interventions de faible intensité et de courte durée consistant typiquement en 3 à 5 consultations de 15 à 30 minutes comprenant conseils et éducation du patient.

Tableau

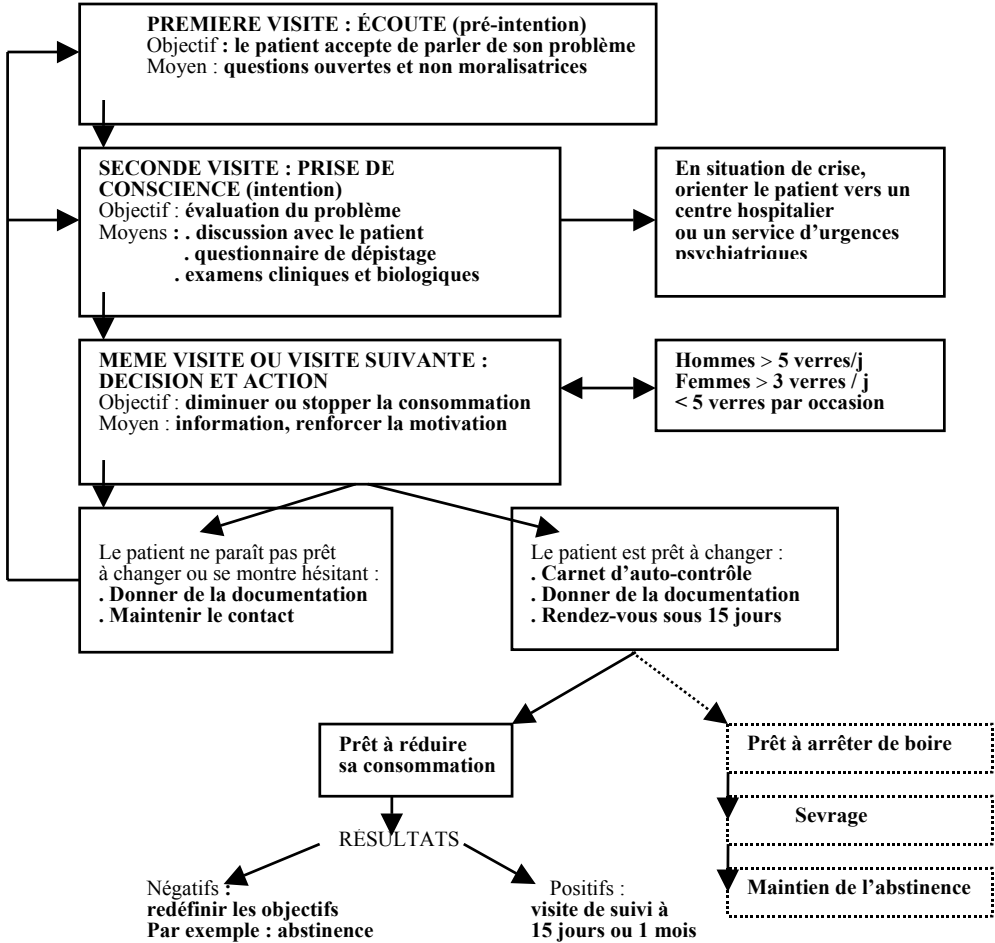
Point-clés recommandés pour les interventions brèves

1. Discuter et identifier les buts futurs : diminution de consommation ou arrêt. Négocier l'objectif avec le patient
2. Retro-action personnalisée en fonction des effets de l'alcool sur la santé du patient
3. Évaluer quel type de buveur est le patient : apprécier les raisons de consommation, les modalités, les éléments positifs et négatifs de cette consommation, les raisons de diminuer ou d'arrêter
4. Introduire le concept de verres standards et informer le patient sur la notion de consommation à faible risque
5. Donner des recettes pour réduire la consommation d'alcool. Fournir des documents
6. Demander au patient de tenir un carnet journalier d'auto-évaluation de sa consommation
7. Discuter les limites de la diminution de consommation ou de l'arrêt et les stratégies pour y arriver
8. Suivre l'évolution : consultations, clinique, biologie...
9. Aider le patient à gérer les situations à risque
10. Résumer la consultation : objectifs, encouragements, progrès depuis la dernière consultation, actions futures

Chapitre II Les stratégies d'aide individuelle : comment aider les consommateurs à problèmes

INTERVENTION BRÈVE CHEZ LES PATIENTS PRÉSENTANT UN USAGE NOCIF D'ALCOOL
(d'après la Plinius Maior Society)

Si vous pensez que votre patient présente des problèmes liés à l'alcool, amenez-le à en parler et envisagez avec lui, en quelques consultations, la possibilité de changer cette situation.



Fin de l'intervention

V Tabac : interventions d'aide et de soins

Contrairement à d'autres substances potentiellement addictives comme l'alcool, il n'est pas possible de définir une dose non abusive de consommation de tabac.

Certes la consommation d'une seule cigarette, et même de deux bouffées de cigarettes chez le singe provoque des effets mesurables sur le corps, mais ces effets restent très limités durant des années. Ainsi le tabac a peu de toxicité aiguë et ce n'est pas la toxicité aiguë qui conduit à déterminer ce niveau zéro de consommation de tabac.

Le niveau zéro de consommation de tabac proposé est lié à la puissance addictive du tabac (woody 93). Dans notre société et contrairement à d'autres substances potentiellement addictives comme l'alcool, il est exceptionnel que l'initiation se fasse à l'âge adulte. L'adolescence est l'âge quasi exclusif d'initiation du tabagisme. Près d'un jeune sur deux sort fumeur régulier du système scolaire (Osman 99).

La durée totale du tabagisme, et donc l'âge de début, est à prendre en compte pour la survenue en particulier des maladies respiratoires et des cancers qui ne surviennent qu'en cas d'exposition de longue durée à la fumée du tabac. Cependant, pour le risque cardiovasculaire, en particulier le risque d'accident lié à une thrombose lors de l'association tabac pilule, les délais de survenue peut être court, touchant dans de rares cas des jeunes filles dans les semaines suivant l'initiation du traitement oestrogénostatif chez une jeune fille fumeuse.

Si les adolescents s'arrêtaient de fumer passés à l'âge adulte, les effets pour la santé seraient sans commune mesure avec les effets observés (Un fumeur régulier sur deux, meurt d'une maladie liée au tabac s'il poursuit son tabagisme).

Il est justifié donc de prévenir le tabagisme chez les plus jeunes.

- La dépendance chimique au tabac s'installe d'autant plus vite que la consommation débute jeune (Le test de Fagerström moyen est de 2,8 après 2 ans de tabagisme quand l'initiation du tabagisme a débuté avant 15 ans, il est de 1,4 quand l'initiation du tabagisme a lieu à 15 ans ou après (Dautzenberg 92).

- Les liens entre l'initiation de la consommation du tabac et celle des autres substances sont forts, même si on ne sait pas actuellement s'il est lié à la prédisposition initiale à prendre des produits à risque ou à la facilitation secondaire à la prise de la première substance à risque (généralement le tabac) à prendre les autres substances. Ainsi il n'y a parmi les jeunes parisiens que 13 % de consommateurs occasionnels de

Haschich chez ceux qui ne sont pas fumeurs réguliers de cigarettes, 49 % parmi les fumeurs de cigarettes non dépendants de la nicotine, puis le pourcentage de consommateur de haschich s'élève parallèlement au taux de dépendance à la nicotine du tabac pour atteindre 83 % parmi ceux qui ont un test de dépendance de Fagerström à la nicotine à 7 ou au dessus (données PST 2000). La consommation de tabac roulé, dont la fumée est plus chargée en nicotine et en goudron que la cigarette peut être un facteur favorisant à ce passage (Darral 98)

- Le problème posé par l'initiation du tabagisme de l'adolescence est en premier lieu celui de l'installation de la dépendance nicotinique (Woody 93). Passé à l'âge adulte les jeunes fumeurs qui pourtant déclaraient 3 fois sur quatre qu'ils arrêteraient de fumer « quand il l'aura décidé », ne peuvent plus s'arrêter car ils sont devenus dépendants.

Prévenir l'installation de la dépendance nicotinique

La conduite à tenir va être différente selon l'âge de l'adolescent.

A) Conduite à tenir avant 13 ans

- ✓ Informer sur le tabac et ses effets
- ✓ Casser l'image du fumeur "héros fort" pour la transformer en image de faiblesse, de dépendance.
- ✓ Dissocier l'équation « *je deviens adulte donc je fume* »
- ✓ Souligner les manipulations de l'industrie pour vendre son produit et étendre son marché.
- ✓ Insister sur les effets immédiats : mauvaise odeur,..
- ✓ L'adulte doit toujours dire au jeune de ne pas fumer, même s'il est lui-même fumeur.
- ✓ Ne pas diaboliser la première cigarette : ouvrir le dialogue

B) De 13-16 ans

- ✓ Importance du groupe (de 7 à 15 fois plus de chance d'être fumeur si le meilleur copain est fumeur !)
- ✓ Faire calculer le montant de l'argent qui part en cigarettes
- ✓ Montrer le début de la dépendance (Test de Fagerström simplifié : short tabac test (STT))
- ✓ Donner des interdits : lieux non-fumeur, jours sans fumer, situations non-fumeur (qui réduisent la consommation)

C) A 17 ans et après

Parler aux seuls fumeurs ;

Donner des interdits de lieu non-fumeur, de jours sans fumer, de situations non-fumeur (qui réduisent la consommation) et sont en général accepté.

Montrer la dépendance (rester 2 jours sans fumer) et l'évaluer avec les outils précédemment décrits (short tabac test (STT), Fagerström).

Conduire vers l'arrêt**A) Évaluer le degré de motivation au changement**

En fonction des stades de préparation au changement (Di Clemente et Prochaska 82)

Les intervenants sanitaires et sociaux tenteront de faire progresser l'individu dans les stades de préparation au changement.

B) En fonction du désir de changement, on peut proposer les stratégies suivantes**QUE FAIRE ?**

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ● Non prêt
25-50 % | Brève information pour quitter le tabac.
Conseil minimum. “ <i>un jour il faudra vous arrêter</i> ”
Inviter à revenir. |
| ● Hésitant
40-60 % | Interview de motivation : Peser le pour et le contre du tabac.
débuter par faire lister les avantages puis les inconvénients. Discussions concernant le tabac, par exemple : santé, arrêt, prise de poids, effets sur la santé. |
| Inviter à revenir | |
| Ce stade prend du temps. | |
| ● Prêt
10-30 % | Préparation, fixer avec le patient le jour d'arrêt.
Préparer cet arrêt : prévenir l'entourage, organiser sa vie, sport, substitution nicotinique,... |
| Suivi pour prévenir les reprises. | |
| ● Maintien | S'enquérir à intervalles réguliers et valoriser l'arrêt. |

Chapitre II Les stratégies d'aide individuelle : comment aider les consommateurs à problèmes

Pour limiter le risque de reprise (la moitié des ex-fumeurs reprennent dans l'année).

Utiliser les techniques comportementales (anticiper, retarder, échapper, éviter, distraire, soutien social).

Utiliser les techniques cognitives (encourager à penser aux aspects négatifs du tabac et à ce que l'on fera de l'argent économisé).

L'intérêt du conseil simple

Le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac

Les recommandations de la conférence de consensus de 1998 (Consensus 98) sur l'arrêt de la consommation de tabac ont insisté sur l'importance du conseil minimal donné par tous les professionnels de santé (et par les éducateurs) aux fumeurs. Cette mesure simple est, en terme de nombre de fumeurs touchés, très performante pour l'initiation de l'arrêt tabagique et le maintien de l'arrêt.

Quel est-il ?

⇒ Ce conseil minimal consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer

⇒ Le conseil minimal pour tous s'adresse à tous les patients :

- fumeurs qui ne sont pas venus consulter pour cela ;
- fumeurs heureux de l'être ;
- fumeurs pas encore prêts pour l'arrêt
- fumeurs qui ne demandent pas d'aide.

Il devrait être donné par tous les médecins, quel que soit leur statut professionnel, leur spécialité et leurs conditions d'exercice

Le conseil minimal est efficace

Les résultats des études randomisées et contrôlées en médecine générale évaluent son efficacité de 2 % à 5 % d'arrêt soutenu.

⇒ Quoique bas, ces taux sont significativement meilleurs que l'inaction dans l'attente d'une demande spécifique du patient

⇒ L'évaluation a montré que poser deux questions, “ est-ce que vous fumez ? ” puis “ voulez-vous arrêter de fumer ? ” et offrir une brochure à ceux qui répondraient “ oui ” à la seconde question doublait le taux de succès de l'arrêt à long terme par rapport à l'arrêt spontané dans le groupe témoin.

⇒ Un conseil minimal déclenchera peut-être la discussion avec le petit nombre de fumeurs qui se posent des questions et pourra évoquer une demande de prise en charge plus importante.

Comment mener le sevrage

Le sevrage tabagique passe par des voies très variées.

Il n'y a pas « une » méthode de sevrage tabagique mais un ensemble de techniques qui isolées ou associées aident au sevrage. Ces techniques peuvent pour beaucoup d'entre elles utilisées seul, en groupe ou avec l'aide d'un soignant. L'arrêt du tabac s'il peut être fortement aidé par les soignants et les intervenants extérieur peut se réussir sans aucune aide extérieure, même si l'environnement social joue toujours un rôle important aussi bien dans l'initiation que dans l'arrêt du tabac.

Actuellement plus de 80 % des fumeurs qui se sont arrêtés n'ont fait appel ni aux médecins ni à d'autres intervenants. Il n'y pas de danger à arrêter seul sans aucun conseil, sans aucune aide. Une bonne prise en charge par des médecins ou des intervenants extérieurs peut cependant considérablement augmenter les chances de succès.

La maturation personnelle du désir d'arrêt, la prévention des rechutes après l'arrêt sont avant tout des démarches personnelles, mais elle est grandement dépendante de l'entourage social : une ambiance sans tabac favorisera l'arrêt.

Choisir sa date d'arrêt est toujours recommandé

La date du sevrage doit correspondre à une phase où le fumeur n'est pas déprimé et n'a pas d'échéance.

Le sevrage doit être brutal, éventuellement précédé d'une phase de décroissance.

Utiliser les substituts nicotiques chez les dépendants.

Les substituts nicotiques n'ont pas fait la preuve de leur efficacité chez les fumeurs non dépendants (ceux qui ont un test de Fagerström bas (Etter 99), qui ne fument pas tous les jours ou pas le matin...

Chez les sujets dépendants de la nicotine, les substituts nicotiques doublent les chances de succès du sevrage à court et à long terme. Ils doivent être donnés à doses suffisantes. Les dispositifs transdermiques sont la forme préférée en France (Nicomède 99). Il y a moins de danger à associer des formes orales de substitution nicotinique voire même la prise de quelques cigarette en cas d'envie forte et persistante, que de continuer à fumer. Le manque traduit une

compensation insuffisante en substitut nicotinique et ne doit bien entendu pas conduire à diminuer la dose de substitution mais à l'augmenter. La diabolisation de l'association substitut + cigarette a fait beaucoup de tort au succès de la substitution. Le manque persistant traduit toujours un sous-dosage. Une adaptation de dose après 24 ou 48 heures permet d'atteindre rapidement la dose qui permet de ne pas éprouver de manque.

La substitution nicotinique dure généralement 3 mois, mais la décroissance de doit pas être trop rapide chez les sujets très dépendants.

Les thérapies cognitives et comportementales

Elles sont rarement conduites par des spécialistes exclusifs qui sont rares mais elles figurent parmi les méthodes retenues par la conférence de consensus sur l'arrêt du tabac de 1998.

L'utilisation des thérapies cognitives et comportementales peut être associée et est particulièrement utile pour prévenir les rechutes. Casser les comportements automatiques, ne plus fumer dans certaines pièces, dans certaines positions, dans certaines circonstances sont des méthodes qui avant le sevrage complet pourront découpler le fait d'allumer une cigarette des comportements automatiques.

Se remémorer les effets du tabac, pourquoi a-t-on arrêté de fumer, anticiper les situations à risque de rechute en prévoyant avant de se situer dans une situation à risque de rechute ce que sera son comportement, est efficace pour éviter les rechutes.

Le Bupropion

Le Bupropion, est un antidépresseur pour lequel un effet sur le sevrage tabagique, constaté même chez des sujets non déprimés à été reconnu.

Ce traitement ne peut être donné que sur prescription. Il est commencé une semaine avant l'arrêt complet du tabac. Ce médicament présente un certain nombre d'effets secondaires et de contre-indications à bien connaître.

Les autres méthodes

L'acupuncture, la mésothérapie, l'hypnose, etc.. n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et n'ont pas été retenu comme traitement recommandé pour l'arrêt du tabac. La plupart de ces méthodes agissent comme placebo, mais il faut remarquer que l'effet placebo peut aider au sevrage tabagique. De nombreuses méthodes promettant des taux de succès mirifiques, sans effort, sans prises de poids sont régulièrement condamnées par le ministère de la santé. Le sevrage tabagique, comme la

prise en charge du surpoids est un motif prospère d'imagination des charlatans, il faut donc recommander de surveiller son portefeuille face à toute publicité de ce type.

Comment accompagner un sevrage lorsqu'il existe des facteurs de gravité

De nombreuses situations influencent la prise en charge du sevrage tabagique, mais seul l'état anxieux dépressif la modifie profondément, nécessitant une prise en charge avant le sevrage, alors que ni la précarité, ni la grossesse, ni l'existence d'une maladie coronarienne ne modifient très profondément cette prise en charge, même si des adaptations de prise en charge sont nécessaires. La prise en charge médicale est cependant conseillée ou obligatoire dans ces cas.

Troubles anxio-dépressifs

Plusieurs études ont montré l'existence d'une association entre anxiété et consommation de tabac

⇒ Le lien semble net avec l'agoraphobie, la phobie simple et le trouble panique, moins prononcé avec la phobie sociale et l'anxiété généralisée. La proportion de fumeurs est élevée chez les sujets atteints de dépression caractérisée et ceux-ci ont moins de chance d'arrêter de fumer.

⇒ La survenue d'un trouble dépressif chez les fumeurs qui cessent de fumer est essentiellement à craindre chez ceux qui ont des antécédents dépressifs.

⇒ La recherche d'antécédents dépressifs ou de troubles anxieux doit être systématique avant toute tentative de sevrage, afin d'anticiper un risque de réapparition des troubles. Le recours aux produits psychotropes, anxiolytiques et/ou antidépresseurs, lors de l'arrêt du tabac, doit être discutée cas par cas.

Débuter par le traitement de la dépression

Chez les sujets déprimés, il est préférable de prendre en charge la dépression avant de débiter le sevrage tabagique, car le taux de sevrage est extrêmement bas quand la dépression est installée dès avant le sevrage. La dépression peut seulement se dévoiler lors du sevrage nécessitant là aussi une prise en charge spécifique.

Dépendance à l'alcool

Les données de la littérature concernent essentiellement les sujets alcoolodépendants. Il existe une corrélation positive entre la consommation d'alcool et de tabac.

Chez les patients alcoolo-dépendants, la prévalence du tabagisme dépasse 80 % et, chez eux, le degré de dépendance est particulièrement élevé avec des difficultés d'arrêt importantes.

Débuter par le sevrage alcoolique

Si le sevrage en alcool et en tabac doit être planifié globalement, le sevrage initial en alcool, favorisant la resocialisation, permet en sevrage tabagique plus facile.

L'intérêt d'un suivi prolongé

L'ensemble des intervenants sociaux doivent encourager le fumeur dans son sevrage tabagique et dans la prévention des rechutes.

Le suivi médical est justifié dans les cas les plus graves ou quand le sujet présente des facteurs de gravité individuels (et notamment les états anxio-dépressifs et les troubles de la personnalité) et sociaux.

Le taux d'abstinence à un an dépend du suivi et de la qualité de la relation entre le fumeur et le soignant ou ses référents.

Rôle des différents acteurs

Le tabac est actuellement en France une substance addictive socialement acceptée.

Cette acceptation est liée :

- à l'histoire d'une drogue dont l'utilisation s'est répandue à un moment où l'on n'avait pas les connaissances des effets du tabac sur la santé des consommateurs et de ceux qui les entourent ;
- à la force financière de l'industrie du tabac (et de certains états par les taxes qui en découlent).

La position sociale du tabac se modifie actuellement rapidement dans les pays développés du fait du risque pour les fumeurs (un consommateur de tabac sur deux meurt prématurément du fait d'une maladie liée au tabac) et pour l'entourage (le tabagisme passif est responsable de bien plus de risque pour la santé que la pollution atmosphérique ou d'autres risques qui ne sont plus socialement acceptés).

Les soignants

Doivent systématiquement interroger sur les habitudes tabagiques et associer le tabagisme avec « danger pour la santé », principalement du fait de l'installation de la dépendance ; « devenir esclave de la cigarette ».

Savoir que la chance de devenir dépendant de la nicotine est deux fois plus rapide si l'on commence à fumer avant quinze ans que si l'on commence à devenir fumeur régulier après.

Savoir que les cigarettes prises le matin témoignent, comme les prises d'alcool -ou de cannabis- du matin, d'une dépendance.

Les parents

Doivent montrer l'exemple en refusant les drogues, y compris la cigarette. Même s'ils sont fumeurs, parler de l'esclavage de la cigarette, du coût, du piège. Montrer du doigt la dépendance : prendre une substance au petit déjeuner c'est être dépendant.

Les parents doivent connaître l'influence des amis : à 13 ans, 15 fois plus de chance d'être fumeur si le meilleur ami fume, 3 fois plus à 17 ans.

Retarder au maximum l'initiation du tabagisme : on a deux fois plus de chance de devenir dépendant de la nicotine si l'on commence à fumer avant 15 ans que si l'on commence à devenir fumeur régulier après.

Limiter les lieux où le jeune peut fumer (promouvoir la maison et la voiture non fumeur).

Les éducateurs et enseignants

Informé avant 13 ans sur le tabagisme : À cet âge l'information objective sur le tabac, ses effets, le risque de dépendance, les tromperies de l'industrie du tabac sont bien écoutés et intégrés et sont une porte d'entrée pour aborder les autres toxicomanies, les autres dépendances.

Entre 14 et 16 ans fixer des limites. Écouter plus que parler.

Après 16 ans : faire progresser les fumeurs vers l'arrêt sans fixer de date.

Limiter l'escalade de dose en faisant accepter des règles.

Les pouvoirs publics

Doivent limiter l'offre de cigarettes aux jeunes et limiter le nombre de lieux où ils peuvent fumer.

Contrebalancer les initiatives de l'industrie du tabac pour recruter de nouveaux adolescents fumeurs (nuits bleues, stratégie de prix). Par exemple affecter à la prévention du tabagisme l'ensemble des taxes reçues par l'état par l'achat de cigarettes des moins de 16 ans.

Éviter les erreurs de taxation, laissant les consommations de tabac les plus dangereuses au plus bas prix (tabac à rouler).

VI Usage nocif de substances psychoactives – Conduites à tenir chez l'adolescent

La nécessité d'une évaluation globale

Rappelons les modalités d'évaluation chez un jeune consommateur

État des lieux : repérer les facteurs de risque associés

Particulièrement difficile et complexe, l'abord thérapeutique d'un adolescent ou d'un sujet jeune consommateur de produit doit prendre en compte un ensemble très vaste de paramètres et en aucun cas se focaliser sur le seul produit et ses effets somatiques. Il est nécessaire d'évaluer :

- les facteurs de risques INDIVIDUELS
 - les facteurs de risques ENVIRONNEMENTAUX
- (cf paragraphe « facteurs psycho-sociaux de risques et de gravité »)

Un état des lieux aussi complet et rigoureux que possible constitue donc le premier temps de la prise en charge. À son terme, il est théoriquement possible de définir le type de consommation dans lequel le sujet est engagé et l'importance des risques encourus. L'attitude thérapeutique en dépendra.

Repérer les modalités de consommation

En déduire le type de consommation

- usage que celui-ci soit festif ou occasionnel ;
- usage à risque ;
- abus ou usage nocif ;
- dépendance ou consommation toxicomaniaque.

Les grandes règles pour intervenir chez un adolescent

Cinq règles doivent être prises en compte dans les interventions sur l'abus de substance chez l'adolescent (WAGNER et KASSEL 6).

1. Les interventions doivent utiliser des techniques validées même si ces techniques ont surtout été validées chez l'adulte.
2. Les interventions doivent prendre en compte les caractéristiques spécifiques du développement de l'adolescent et les problèmes de cette période (c'est-à-dire le rôle des pairs, des éléments de formation identitaires, la tendance à tester les limites).
3. Il faut agir sur les facteurs curatifs clés et les mécanismes de changement en insistant sur les changements comportementaux positifs.

4. On doit considérer qu'un adolescent ayant un usage nocif de substance a de multiples problèmes et qu'il faut donc évaluer les multiples domaines en lien avec cet abus de substance (c'est-à-dire le fonctionnement familial, l'influence des pairs, l'adaptation au stress) et les traiter si nécessaire.
5. Les interventions doivent répondre aux besoins individuels spécifiques à chaque adolescent ayant un usage nocif. L'accent doit être ainsi mis sur le problème principal. Il convient de s'adapter tout particulièrement à ces différents modes de fonctionnement de l'adolescent et à ses besoins. Ainsi, il est inutile d'affronter un adolescent peu motivé. Il vaut bien mieux l'aider à trouver des motivations à un changement de consommation. De même, un adolescent ayant une histoire d'abus ou de mauvais traitements devra bénéficier plutôt d'une prise en charge individuelle alors qu'à l'inverse les consommations de substances dans le cadre de conflits familiaux bénéficieront d'une prise en charge de l'ensemble de la famille ; dans d'autres cas le traitement doit favoriser le développement des compétences sociales chez les adolescents qui ont peu d'interactions et d'échanges avec leur pair.

Renforcer les possibilités d'amélioration

A) Les processus d'amélioration naturels

Les processus d'amélioration naturels de ces conduites sont mal connus y compris aux États-Unis.

Des études devraient manifestement être conduites afin de mieux connaître ces facteurs d'auto-amélioration. On considère qu'environ la moitié des sujets ayant un problème d'alcool résolvent leur problème sans atteindre la dépendance. De même, il existe chez certains sujets, une amélioration spontanée de la consommation tabagique. Il en est ainsi également, pour les consommations de produits illicites.

Signalons que ces données restent très approximatives et qu'en particulier, on n'a pas évalué l'importance des dommages et conséquences de l'usage nocif avant l'amélioration. On ne sait pas non plus parmi ces sujets qui modifient de façon positive leur comportement de consommation quelle est la part de facteurs de gravité psychologique et sociaux.

B) Renforcer les facteurs de protection

Quelques travaux donnent des pistes concernant ces facteurs d'auto-traitement (Sandra BROWN). Celle-ci considère que ces

Chapitre II Les stratégies d'aide individuelle : comment aider les consommateurs à problèmes

adolescents à problème utilisent des stratégies multiples pour réduire ou cesser leur consommation, s'appuyant à la fois sur **des efforts individuels** et sur **des activités structurées**. Il y a peu de précisions sur ces stratégies individuelles basées sur la volonté, le désir de changement ainsi que sur les activités structurées que celles-ci soient sportives, récréatives, religieuses ou liées au travail scolaire.

Dans le même ordre d'esprit, il convient de se donner les moyens de renforcer les facteurs de protection (ce qui est préconisé dans le Bulletin Officiel n°9 de l'Éducation nationale et dans le rapport du HCSP sur la souffrance psychique des jeunes).

- Il est essentiel de développer et de soutenir ces facteurs de protection. Ce sont eux qui, en donnant des repères aux jeunes, leur permettent d'acquérir estime de soi, et respect des autres, capacité à choisir et à s'autonomiser, capacité à mener leur vie : pouvoir résister à des sollicitations d'origine diverse, trouver le chemin d'une bonne gestion de sa santé, ou sa capacité à prendre la décision d'arrêter de consommer.

- La mise en œuvre de ces facteurs est à l'origine de l'acquisition de compétences psychologiques et sociales. La valorisation de ces facteurs de protection doit s'inscrire dans les processus mis en place, non seulement à l'école, dans le cadre des projets d'établissement mais aussi dans les lieux d'activité, de vie extra-scolaire dans les familles. Les propositions éducatives à caractère culturels, sportifs et artistiques faites aux jeunes sont justifiées dès qu'elles poursuivent clairement un objectif de valorisation des facteurs de protection et qu'elles s'en donnent les moyens grâce à la qualité des cadres et à la rigueur des méthodes obtenues. Il existe un lien important entre la pratique d'une activité physique et la qualité de vie perçue. D'où la nécessité de relier des actions de prévention à des activités physiques et culturelles et de favoriser à travers le sport, le théâtre, la musique, la danse, telle que le hip-hop, le rap ou autre.

- Dans l'ensemble du projet éducatif, le rappel de la loi, le travail sur la citoyenneté, les droits et les devoirs permet d'activer les facteurs de protection. Le travail éducatif dans son ensemble visera à articuler ces facteurs de protection afin qu'ils permettent aux jeunes de répondre ou de s'opposer de manière adéquate aux propositions faites par l'environnement, non seulement par rapport aux propositions de substances psychoactives, mais par rapport à toutes les conduites à risque.

C) Les attitudes thérapeutiques de base

Il semble important de préciser dans un premier temps qu'il faut renforcer les compétences des parents et des professionnels (enseignants, éducateurs, médecins...) Cela suppose que nous ayons une connaissance de leurs acquis et que nous ayons défini avec eux la nature de leurs attentes précises à notre endroit.

- Il conviendrait tout d'abord de chercher à comprendre à quels types d'usages abusifs on a à faire. Seul dans un premier temps un dialogue ouvert, adulte/adolescent peut le permettre. C'est **une attitude éducative de base** que tout adulte doit être capable de mettre en œuvre. En effet, le dialogue sans compromission reste pertinent. Il doit en outre comporter une dimension d'aide et de soutien apportée par les éducateurs au sens large. Au besoin, si cela est possible, on cherchera à modifier les conditions de l'environnement qui contribuent au problème. Enfin et surtout on apportera l'aide dont l'adolescent a besoin pour lui permettre de gérer ses difficultés du moment.

- Il s'agit de **répondre correctement aux besoins fondamentaux** de l'adolescent :

- son besoin de sécurité, de stabilité, de repères fiables ;
- son besoin de valorisation, d'expériences constructives, de conquêtes nouvelles ;
- son besoin de soutien, de compréhension, de tendresse, d'amour ;
- son besoin de limites structurantes, de rappels, d'interdits ;
- son besoin d'adultes référents, d'adultes authentiques, témoins d'un système de références et de valeurs.

En effet, il ne suffit seulement pas d'être informé pour modifier ses comportements, c'est toute la question posée par les campagnes de prévention.

L'écoute de nombreux jeunes à propos de leur consommation abusive, de leurs comportements et de leur perception du risque laisse **une impression de profond décalage**. En effet, quand ils parlent du risque ils ne font pas référence à leur propre pratique mais aux situations « extrêmes » vécues par d'autres.

Il ressort clairement qu'ils ne valorisent pas ces comportements. Cependant, il existe un hiatus important entre la réalité de leur pratique et les représentations qui circulent au sujet de ces comportements. Ce que l'on peut retenir des échanges **autour des conduites à risques** c'est en premier lieu **l'importance donnée à l'image de soi**. Une image d'adolescent souvent dévalorisée par un discours généralement négatif sur leurs comportements de consommation et un renforcement de cette

image de soi négative lorsqu'elle est associée à un comportement à risque.

Un élément marquant et dissuasif mérite d'être souligné. Un message portant sur **les apparences** toucherait sans doute plus les jeunes qu'un message basé exclusivement sur les **conséquences pathologiques** des consommations. Il est important de faire travailler les adolescents sur le sens qu'ils donnent à leur conduite afin d'éviter un décalage et une incompréhension entre d'un côté des adultes « acteurs de prévention » et de l'autre côté des jeunes ayant des pratiques « à risques » ou « excès ».

- Il est important **d'apprendre aux jeunes à communiquer**, à échanger, dans un groupe, entre pairs mais aussi avec les adultes, mais aussi dans les institutions qu'ils fréquentent sur leurs connaissances et leurs vécus des comportements de consommation. Ces échanges permettraient aux adolescents de transmettre des informations capitales et ils auraient ainsi « moins peur » du regard de l'autre, dans la mesure où ils se sentiraient enfin écoutés et auraient la possibilité d'être eux-mêmes. Il est important d'aider le jeune à prendre conscience de sa dépendance au(x) produit(s), en particulier par des échelles d'auto-évaluation qui apparaissent souvent moins « accusatrices » qu'un questionnement direct dans le cadre de l'entretien clinique. Par exemple, la dépendance physique à la nicotine peut être évaluée par le « Fagerström » puis faire ensuite l'objet d'un échange informatif avec le jeune sur la notion de dépendance.

- Autour de la notion d'abus **ce qui compte c'est avant tout « d'être entendu »** pour mieux savoir et comprendre ce qui se passe. Que ce soit à propos du repérage précoce ou de l'abus lié à la consommation, il serait pertinent de développer de **réels moyens**, d'étudier les **facteurs de protection**. En particulier, ceux qui permettent aux individus d'avoir la capacité de refuser les propositions de consommation (par ex. : les stratégies de coping).

En effet, une question importante demeure : pourquoi des individus qui cumulent des « facteurs de risques » ne consomment pas ou demeurent des consommateurs occasionnels ?

Ces non consommations et consommations occasionnelles reposent-elles sur les attitudes et les réserves des individus et de leur entourage, en particulier des facteurs de socialisation, des facteurs familiaux et transgénérationnels ? Peut-on penser que la verbalisation de leur excès de consommation est pour eux un moment rare et privilégié qui pourrait leur permettre paradoxalement « **d'exprimer leur plainte** » et peut-être de nouer une relation thérapeutique avec l'adulte qui les écoute ?

Relation transférentielle nécessaire et importante avant tout projet de prise en charge de l'usage nocif.

Quelques caractéristiques de l'alliance thérapeutique chez les jeunes

Le préalable souhaitable à toute prise en charge thérapeutique chez un sujet jeune est l'alliance thérapeutique.

Le travail d'évaluation et les entretiens facilitent et développent cette alliance.

Elle présente un certain nombre de caractéristiques chez les sujets jeunes :

- la reconnaissance que les difficultés de l'adolescent lui sont propres. Les difficultés traduisent son désarroi et n'ont pas comme intention première d'agresser la personne des parents ;
- la reconnaissance d'une souffrance propre à chacun, l'adolescent d'un côté, le ou les parent(s) de l'autre ;
- la conviction que les difficultés peuvent être attribuées à un facteur psychologique et qu'elles justifient un travail de réflexion sur soi-même et la famille ; elles impliquent donc de parler de soi ;
- l'acceptation qu'un certain temps sera nécessaire avant de retrouver un meilleur équilibre même si l'espoir d'un traitement magique reste toujours présent.

Cette alliance thérapeutique doit s'envisager bien sûr avec le patient, mais dans le cas d'un sujet jeune, adolescent, doit aussi considérer les deux parents.

De manière schématique on peut avancer :

- avec aucun ou un seul allié le consultant ne peut pratiquement rien faire ;
- avec deux allié(s) un cadre thérapeutique peut le plus souvent se mettre en place ;
- avec trois allié(s) le traitement sera facile à mettre en place et efficace sauf dans les quelques cas de pseudo-alliance de surface.

Eléments de conduite à tenir selon le type de consommation

A) l'usage

Il s'agit ici d'une consommation à son début, consommation dite le plus souvent festive.

À ce stade et au niveau du jeune lui-même, il s'agit **d'abord d'une information sur le produit** (malgré leur apparente assurance, bien des jeunes sont plutôt ignorants des effets de ce produit), et **d'une évaluation** du retentissement familial, scolaire et social de la consommation. **Le travail de prévention est ici primordial.**

L'absence de retentissement sur la vie sociale et scolaire du jeune est assez rassurante ; sa scolarité reste satisfaisante (ou identique aux résultats antérieurs), les activités sociales (sport, loisirs culturels divers, relation avec les camarades et amis) sont inchangées.

L'évaluation du retentissement familial est alors essentielle : il est normal que les parents se soucient de la consommation de leur enfant. Il n'est pas normal que dès ce stade ils soient paniqués et angoissés, parlant déjà de toxicomanie ou ayant cette crainte omniprésente en tête, prêt à entrer dans une interaction de sollicitude anxieuse avec leur « enfant ». Il n'est pas normal non plus que les parents soient totalement indifférents, voire qu'ils cautionnent ou justifient cette consommation.

Ainsi dans certains cas, le consultant peut se montrer rassurant, évitant de majorer l'angoisse parentale mais cherchant aussi les éventuelles racines familiales de cette angoisse (un ascendant ou un collatéral toxicomane, alcoolique, suicidaire, etc..). Quand les parents peuvent parler de cette angoisse en présence de leur adolescent, quand ils peuvent expliquer ce qui la motive, l'expérience montre qu'un soulagement et une atténuation de cette interaction anxieuse se produit souvent.

À l'opposé, devant des parents indifférents ou complices, le consultant se doit d'attirer l'attention sur quelques risques potentiels et doit informer les parents comme l'adolescent de ce que lui-même, en tant que médecin, considère comme à risque. Il doit alors suivre avec beaucoup d'attention ce jeune, en particulier au niveau de ce qui peut représenter des comportements d'escalade ou de malaise.

B) Les usages à risque et l'usage nocif

À ce stade de la consommation, le plus souvent, pour ne pas dire toujours, les attitudes autoritaires (« faire la leçon ») ou l'approche frontale de la consommation sont en général vouées à l'échec car précisément le jeune consomme pour auto-traiter ses difficultés. La prise en compte préalable de celles-ci est essentielle.

Plus les facteurs de risques sont nombreux, plus leur traitement préalable s'impose.

- L'information sur le produit est souhaitable à ce stade, mais elle ne suffit pas. Les informations données sèchement sur la dangerosité du produit peuvent même avoir un effet incitateur paradoxal dans certaines situations de vulnérabilité psychique.

- Soit présente dès le début de la consommation, soit apparaissant peu à peu, l'existence de signes de souffrance psychique, relationnelle ou scolaire doit être considérée comme un marqueur de l'usage nocif (les troubles du sommeil, les signes d'échec ou de décrochage scolaire, les prises de risque ou comportements d'excès, etc.) Il convient alors d'aborder ces difficultés en amont, dans la mesure où cela est possible, ce qui revient à dire que le consultant doit établir avec le jeune une indispensable relation de confiance.

Les facteurs de risques individuels réclament un abord psychothérapeutique quand c'est possible, pharmacologique quand la sémiologie anxieuse ou dépressive sous jacente à la consommation apparaît clairement (antidépresseurs surtout, anxiolytiques éventuellement, thymo-régulateurs parfois) et toujours un suivi médical régulier et attentif : soutenir le médecin généraliste dans cette action de soin à laquelle souvent il ne croit pas, ou dans laquelle il ne s'investit pas.

Les facteurs de risques familiaux peuvent bénéficier non pas d'une thérapie familiale, illusoire à ce stade de début de consommation sauf exception, mais d'une **guidance parentale** régulière et empathique. Les entretiens familiaux peuvent avoir entre autre comme objectif de développer avec le consultant une alliance thérapeutique permettant de mieux poser des indications de soin ultérieurs avec la collaboration des parents, voire d'amener les parents et l'adolescent à accepter des solutions de type internat thérapeutique ou internat scolaire simple.

Les facteurs sociaux quand ils sont au premier plan, justifient l'indication d'un recours rapide à d'éventuelles mesures de protection d'un mineur, **à un éloignement de ce mineur des sources d'approvisionnement et des relations aux pairs incitatrices**, surtout s'il accepte ces mesures dans un climat de protection et non de punition.

Les relations aux pairs doivent être étudiées avec soin et si possible doivent faire l'objet d'information et de discussion avec l'adolescent ; est-il prêt à modifier ses relations avec des « dealers » ou non ? Qu'en est-il de l'attitude de son ou de sa petit(e) ami(e) et du niveau de consommation de celui-ci ou de celle-ci ?

L'action concertée entre le généraliste, le « psy » (pédopsychiatre, psychiatre, psychologue), les adultes proches de l'adolescent (exemple :

conseiller principal d'éducation, ou CPE, devrait souvent représenter un premier temps indispensable.

C'est ici que tout doit être fait pour soutenir l'investissement scolaire et préserver celui-ci lorsqu'il existe encore.

À ce stade en revanche, **la banalisation n'est pas de mise**, même si pour autant il convient de ne pas stigmatiser ce jeune en parlant déjà de toxicomanie.

Seule une consommation très inscrite dans la dépendance ou l'escalade addictive peut justifier le fait d'orienter l'adolescent vers des structures de soin spécifiques aux toxicomanes. En effet, à l'adolescence, il est préférable d'éviter les effets de désignation pathologique en orientant trop tôt un jeune vers de telles structures souvent « fréquentées » par des toxicomanes avérés.

C) Les consommations toxicomaniaques

Certaines des ces consommations se rapprochent plus d'un mode de consommation toxicomaniaque caractérisée par des excès répétés, des polyconsommations, un usage pluriquotidien et des problèmes familiaux et sociaux déjà présents et souvent multiples et graves. Rappelons que ce type de consommation ne concerne qu'un nombre très réduit de jeunes consommateurs de produits, et fait alors appel à des mesures thérapeutiques spécifiques (Schwartz, 1998).

Dans ce cadre nous pouvons rappeler que la nécessité d'une continuité thérapeutique doit se faire à travers une équipe de spécialistes d'horizons différents habitués à travailler ensemble (Charles-Nicolas AJ, 1991), un réseau constitué d'institutions d'accueil, de cures, de postcures, de familles d'accueil, de communautés thérapeutiques ou d'individus isolés qui permettent de proposer constamment au consommateur un lieu et une personne avec lesquels un lien d'attachement peut se créer. Ce réseau doit cependant avoir une certaine communauté d'esprit et de travail afin que le toxicomane ne se sente pas morcelé ou manipulé au cours de ces différents séjours.

L'attitude des soignants doit refléter le profond sentiment qu'il s'agit avant tout de moyens pour que l'acte du toxicomane devienne discours, donc accessible aux autres.

La modestie est de désirer une prise en charge où le sentiment de sécurité de la part de l'usager de drogues compte plus que le plaisir du thérapeute de voir cet usager arrêter son intoxication. L'effort du thérapeute doit d'abord porter sur un contact initial chaleureux pouvant appartenir au registre de la fusion, de l'attachement ou du « holding » à

condition qu'il sache et qu'il puisse peu à peu ménager la frustration indispensable pour que les tendances au mono-investissement du toxicomane évoluent favorablement.

Les principes de la thérapie familiale chez les adolescents

Ce travail a été théorisé et développé par Holly Whilbrow. Est-il nécessaire de rappeler que la prise en charge familiale s'impose lorsque la problématique familiale intervient de façon forte dans le développement des conduites d'abus.

A) L'alliance thérapeutique

La première phase doit consister à :

- engager la famille dans la thérapie ;
- évaluer les aspects caractéristiques des fonctionnements individuels et familiaux, dans ces familles, le thérapeute devra tout particulièrement évaluer :
 - les réactions du système familial à la séparation à la demande des uns ou des autres (c'est-à-dire le rôle de la distance) ;
 - le degré de la connexion et de l'interdépendance (c'est-à-dire le rôle de proximité) ;
 - et l'adaptation à ces notions de distance et de proximité (c'est-à-dire la possibilité d'avoir un juste de milieu relationnel).
- encourager les motivations familiales au changement.

B) Les objectifs

Les buts de cette prise en charge familiale sont de :

- réduire ou éliminer le problème d'usage nocif ;
- réduire ou éliminer les autres problèmes et comportements familiaux ;
- et d'améliorer les relations familiales.

Sous-jacent à ces buts explicites, on peut considérer que le changement des interactions familiales arrivera à modifier ce symptôme qu'est la consommation d'alcool ou de drogues et permettra de trouver d'autres modalités d'échange plus adaptatives.

Il conviendra d'induire la motivation positive du système familial au changement en leur offrant la possibilité d'avoir des relations plus ou moins négatives et de trouver une alternative au problème. Ceci passe souvent par des stratégies de requalification, de recadrage de la situation et par la possibilité d'offrir une communication et une expression des sentiments plus efficace, de remettre en évidence les liens d'amour et de

soins entre les membres de la famille qui sont souvent sous-jacents mais étouffés par le symptôme...

C) Les méthodes

Diverses stratégies et méthodes permettent d'y arriver :

- l'entraînement à la communication familiale ;
- la résolution des conflits et la recherche de solutions ;
- le développement des comportements de plaisir et d'échange ;
- l'apprentissage d'une meilleure régulation émotionnelle qu'il s'agisse d'affects de colère, de dépression ;
- la construction d'une estime de soi, l'apprentissage de techniques de relaxation ou d'assertivité ;
- et des stratégies d'évitement des rechutes.

L'intérêt des interventions brèves chez les jeunes et notamment dans les services d'urgence

La plupart des travaux ont été conduits de façon empirique chez l'adolescent. Un travail évaluant l'intérêt des entretiens de motivation chez les adolescents présentant un problème d'alcool a été effectué par Anna Marlatt à l'université de Washington chez des adolescents à haut risque avec des résultats positifs à court terme et sur un suivi de deux ans.

Particulièrement intéressant est le travail de Peter Monti car il a utilisé, chez des jeunes ayant des problèmes avec l'alcool, des stratégies d'intervention brève et d'entretien de motivation, inspirées de celles utilisées chez les adultes, dans des unités d'urgence. En effet, un grand nombre d'adolescents ayant besoin de ces interventions sont en dehors du système scolaire. Les unités d'urgences (urgences pédiatriques ou urgences tout-venant selon les habitudes d'accueil des adolescents) sont un des lieux de contact de cette population. MONTI a pu montrer que cette arrivée aux urgences était « une fenêtre d'opportunité », « un moment éducatif possible ». Un programme d'intervention brève (environ 45 minutes) s'appuyant sur l'entretien de motivation a pu montrer une diminution statistiquement significative des comportements d'alcoolisations chez les jeunes ayant bénéficié de cette intervention. Signalons que la mise en place de ce type d'intervention nécessite des équipes motivées car la grande majorité des ces interventions ont lieu la nuit et notamment les nuits de vendredi et samedi, mais elles peuvent également se faire le lendemain matin si les équipes d'urgence ont été habituées à accueillir ce type de patients.

Bibliographie

Pour les usages d'alcool

1. Adams PJ, Powell A, Mc Cormick R, Paton-Simpson G. Incentives for general practitioners to provide brief interventions for alcohol problems. *N Z Med J* 1997, 110 : 291-294.
2. Ades (J.), Lejoyeux (M.) : « Dépression *et* alcoolisme », in *Alcoolisme et Psychiatrie*, ouvrage coordonné par (J.) ADES et (M.) Lejoyeux, Editions Masson, Collection Médecine et Psychothérapie, 1997, pages 81-102
3. Allen JP, Litten RZ, Anton RF, Cross GM. Carbohydrate-deficient transferrin as a measure of immoderate drinking : remaining issues. *Alcohol Clin Exp Res* 1994, 18 : 799-812.
4. Babor TF, Grant (M.) Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II : a randomized clinical trial of brief intervention in primary health care, World Health Organisation, Genève, 1992.
5. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention : dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 2000, 95 : 677-686.
6. Besancon (F.) Communiquer avec une victime de l'alcool. Paris, InterEditions, 1999, 159 p., tabl
7. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems : a review. *Addiction* 1993, 88 : 315-336.
8. CFES Paris, L'alcool. Ouvrons le dialogue., 1998.
9. Deehan A *et al.* Are practice nurse an unexplored resource in the identification and management of alcohol misuse ? results from a study of practice nurse in England and Wales in 1995. *J Adv Nurs* 1998, 28 : 592-597.
10. Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London (R.) Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 1997, 277 : 1039-1045.
11. Heather N, Champion PD, Neville RG *et al.* Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the Dreams scheme). *J Gen Pract* 1987, 37 : 358-363.
12. Kahan M, Wilson L, Becker (L.) Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers : a review. *Can Med Assoc J* 1995, 152 : 851-859.
13. Lejoyeux (M.). ADES (J.) : « Troubles de la personnalité *et* alcoolisme », in *Alcoolisme et Psychiatrie*, ouvrage coordonné par (J.) ADES et (M.) Lejoyeux, Editions Masson, Collection Médecine et Psychothérapie, 1997, pages 153-176
14. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking : a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993, 61 : 455-461.
15. Miller WR. Motivational interviewing. Research, practice and puzzles. *Addict Behav* 1996, 21 : 835-842.
16. Monti PM, Colby SM, Spirito A, Barnett NP, Rohsenow DJ, Myers M, Woolard RH, Lewander WJ : *Treating Alcohol Dependence*. New York, the Guilford press, 1997
17. Oe JK, Wheeler EV, Adams A, Hurley TF, Hebert (J.) Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting. *Arch Intern Med* 1997, 157 : 2334-2341.

Chapitre II Les stratégies d'aide individuelle : comment aider les consommateurs à problèmes

18. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992, 47 : 1102-1114.
19. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992, 28 : 183-218.
20. Richmond R *et al.* Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* 1995, 90 : 119-132.
21. Rollnick S, Butler CC, Stott (N.) Helping smokers to make decision : the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Education and counselling* 1997, 31 : 191-203.
22. Rollnick S, Heather N, BELL (A.) Negotiating behaviour change in medical settings : the development of brief motivational interviewing. *J Ment Health* 1992, 1 : 25-37.
23. Rueff (B.) Les malades de l'alcool. John Libbey Eurotext, Coll. Pathologie Science, Montrouge, 1995, 203 p.
24. RUSH BR, Powell LY, Crowe TG, Ellis (K.) Early intervention for alcohol use : family physicians' motivation and perceived barriers. *Can Med Assoc J* 1995, 152 : 863-869.
25. Tomson Y *et al.* Excessive drinking brief intervention by a primary health care nurse. A randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 1998, 16 : 188-192.
26. Werner MJ *et al.* Early identification, screening and brief intervention for adolescent alcohol use. *Arch Pediatr Adolesc med* 1995, 149 : 1241-1248.
27. Werner MJ. Principles of brief intervention for adolescent alcohol, tobacco and other drug use. *Pediatr Clin North Am* 1995, 42 : 335-349.
28. Who brief intervention study group. A cross-national trial of brief intervention with heavy drinkers.. *Am J Public Health* 1996, 86 : 948-955.
29. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997, 12 : 274-283.

Pour la consommation de tabac

30. Borgne A., Brucker G., Dautzenberg B., Lecain A., Lagrue G., Meyer L. Module de formation des médecins généralistes à l'arrêt du tabac : programme Nicomède. Rapport effectué à la demande de la DGS, CFES, 1999, 183 p. ;
31. Conférence de consensus L'arrêt de la consommation de tabac Paris 8-9 octobre 1998 ANAES, Editions EDK Paris 1999 413pp
32. Darrall KG, Figgins JA. Roll-your-own smoke yields : theoretical and practical aspects. *Tob Control*. 1998,7(2) :168-75.
33. Dautzenberg B, Birkui P, Perdrizet S, Paillot P, Jouin G. Tabagisme des élèves des collèges et lycées parisiens. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 1992, 34 : 165-166.
34. Etter JF, Duc TV, Perneger TV Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction*. 1999 Feb,94(2) :269-81
35. Gaudefroy N. Vaincre le tabac : guide du sevrage tabagique. Paris, Ed. Frison-Roche, 1998, 187p
36. Lagrue G. Arrêter de fumer ?. Paris, Ed. Odile Jacob, 1998, 274 p.
37. Osman M, Lepeti D. Psy, sex clothes. Osamn Eyrolles ed Paris 1999, 162 p

38. Prochaska JO, Diclemente CC transtheoretical therapy, toward a more integrative model of change. *Psychother Theor Res Pract* 1982, 19 : 276-88.
39. Woody GE, Cottler LB, Cacciola J Severity of dependence : data from the DSM-IV field trials. *Addiction*. 1993 Nov,88(11) :1573-9.

Pour les adolescents

40. A.A.C.A.P. – Practice parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent with Substance Use Disorders. *J. Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, 36(10) Supplement : 140S-156S.
41. Alac. Alcohol Advisory Council of New Zealand : guidelines for alcohol and drug screening diagnostic and evaluation instruments. Reprisparle National Health Committee of New Zealand, 1999, Wellington
42. Bulletin Officiel de l'Éducation nationale. Repères pour la prévention des conduites à risques – n°9 – 4 nov 1999 – 29-56
43. Haut Comité de Santé publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Février 2000 – Paris
44. Marlatt G.A., Baer J.S., Larimer M. : Preventing alcohol abuse in college students : a harm-reduction approach in Boyd C., Howard J., Zucker R.. *Alcohol problems among adolescents*. Northvale Lawrence Erlbaum, 1995, 147-172
45. National Institute on Drug Abuse. Preventing Drug Use Among Children and Adolescents : A Research-Based Guide. NIH Publication N° 97-5212, March 1997
46. Solowij N, Grenyer BF, Chesher G, Lewis J. Biopsychosocial changes associated with cessation of cannabis use : a single case study of acute and chronic cognitive effects, withdrawal and treatment. *Life Sci* 1995, 56 : 2127-2134
47. Stephens R S, Roffman R A, Adult marijuana dependence, in Baer J S, Marlatt G A, Mac Mahon R J (Eds), *Addictive Behaviors Across the Lifespan : prevention, treatment and policy issues*, 202-218, (Newbury Park California, Sage Publications), 1993
48. Wagner E.F., Brown S.A., Marti P.M., Myers M.G, Walchon H.B.. Innovations in adolescent substance abuse intervention. *Alcohol Clin Ex p. Res*, 1999 23-2, 236-249
49. Wagner E.F., Kassel J.M.. Substance use and abuse in Hammermann R.T., Hersen M.. *Handbook of child behavior therapy in the psychiatric setting*. New York John Wiley and Sons., 1995, 367-398

Chapitre III **Les stratégies d'action collective**

Bertrand Dautzenberg,
Nadine Dubois, France Lert,
Daniel Marcelli, Alain Monnot,
Michel Reynaud,
Marie-Claude Romano

I Améliorer l'information individuelle

Susciter la demande d'aide

Ces actions d'éducation pour la santé doivent **adopter une double approche : par les produits et par les conduites, adaptée aux publics cibles**. L'intervention éducative sur l'usage des substances psychoactives doit intégrer la notion d'usage nocif en mettant l'accent sur les risques spécifiques associés aux consommations pour les publics ciblés : désinsertion scolaire et cannabis, activités sportives, risques d'abus sexuel, prise de risque sexuel.

Un cadre de référence pour l'éducation pour la santé devrait être établi pour servir de base à une révision des programmes existants, à la formation des intervenants et à la définition et l'expérimentation de nouveaux modes d'intervention.

Les éléments à prendre en compte pour **ce cadre de référence commun** sont les suivants :

- **La double approche par les conduites et par les produits**
- **Les échelles de risques**
- **La notion de processus temporel**
- **Les incitations à l'auto-évaluation et à l'auto-contrôle**
- **Les stratégies de modération**
- **Les recours possibles**
- **La responsabilité vis-à-vis d'autrui : soutenir, aider, ne pas exposer**

Le contenu détaillé de ce cadre reste à construire par la DGS, le CFES et la MILDT à partir des données du présent rapport en fonction des stratégies de communication adoptées

Une des questions importantes à la suite du travail sur l'usage nocif est celle de la demande d'aide : une fois précisés les seuils de consommation, les modalités de consommation définissant l'abus et les modes d'intervention sociaux, éducatifs ou médicaux face à ces usages nocifs, il reste à susciter son assimilation par les usagers et par les professionnels et la demande d'aide. Les données de fonctionnement des services, les études menées dans divers groupes d'usagers ainsi que l'étude des représentations montrent, comme on l'a vu plus haut, que la médecine n'est pas, à l'heure actuelle, reconnue comme une instance de recours sauf pour les formes extrêmes de la dépendance (héroïne, alcoolisme).

Compte-tenu de la diversité des situations, des contextes et des risques à envisager, il faut envisager un programme de communication de longue durée qui permet de sérier les messages dans une cohérence globale. Toute communication sur les risques doit comporter des modes de résolution ou de gestion des difficultés.

*L'éducation pour la santé :
un cadre de référence commun à valider*

D'une façon générale les actions éducatives sont réalisées auprès de populations captives : élèves ou populations prises en charge par des institutions. Elles n'atteignent donc qu'une partie de la population. En particulier les adultes ne peuvent en général être atteints par de telles actions. Les actions d'éducation pour la santé doivent permettre aux individus d'acquérir des connaissances et des compétences, de permettre une réflexion sur sa propre situation, collectivement de discuter les pratiques et les normes collectives, de déclencher un processus d'évolution des pratiques et des normes.

Ces actions essentiellement éducatives (avec comme maîtres mots : information, communication) devraient comporter des éléments d'information indispensables et privilégier une approche globale de la santé (ce qui signifie comprendre les comportements dans le cadre global du mode de vie, de la scolarité, de la vie relationnelle), en partant des réalités vécues (et donc ne pas se limiter à diffuser des données statistiques ou des descriptions de malades). Le travail de groupe devrait alors être favorisé, car il permet aux jeunes de se comparer aux autres et de prendre la mesure des problèmes rencontrés et des décisions prises. De plus, il peut faciliter la demande d'aide et l'intervention individuelle

ultérieure. Pour des raisons d'opportunité, l'école est très sollicitée dans ce domaine. Or, d'autres canaux d'intervention pourraient être explorés, par exemple, pour les plus jeunes, les lieux de loisirs et de vacances. Quant à la famille, elle est rarement impliquée activement. Or, sa participation s'avère indispensable et ceci du début jusqu'à la fin de l'adolescence.

Communiquer également en direction de la population et de publics cibles

Le repérage de l'usage nocif s'effectuera d'abord par les individus eux-mêmes, par leur entourage ou avec l'aide des professionnels. C'est un processus à la fois individuel et collectif. L'information, la communication et l'éducation pour la santé doivent contribuer à faire évoluer les normes d'excès, à favoriser des pratiques permettant le contrôle des risques, à permettre aux individus de reconnaître leurs consommations comme excessives et de mettre en œuvre seuls, avec l'aide de leur entourage ou des médecins des moyens de mieux maîtriser leurs consommations et ses risques.

Communiquer également en direction de publics cibles

La communication doit s'appuyer sur les processus d'identification. Il convient d'identifier des groupes cibles, des produits, des situations et des risques associés (par exemple : tabac-cannabis pour les adolescents, alcool/produits excitants et fêtes chez les jeunes, alcool et sociabilités pour les adultes, tabac et alcool chez les adultes, substances et conduite automobile, produits et risques sexuels etc...) et d'adapter spécifiquement la consommation à partir du cadre de référence à ces publics et à leurs pratiques.

A) Des actions de communication doivent par exemple correspondre à certaines situations de consommations à risque

Ces actions essentiellement protectrices devraient se baser sur les pratiques juvéniles, afin d'intervenir au moment où les problèmes se posent. La prévention des risques de consommation (éviter l'accident par la prise en charge des jeunes à la sortie des boîtes, éviter le décès par l'identification d'un coma éthylique, etc...) et l'intervention sur les lieux de consommation ou de « dérapage » devrait faire l'objet d'une réflexion systématique de la part de tous les acteurs (de santé, d'éducation et sociaux).

B) A titre d'exemple voici une communication ciblée sur les publics consommant lors des fêtes et des soirées RESTIM (techno+)

« Si tu sens que ça « dérape »

... quelques idées pour t'aider à gérer :

- * N'aie pas trop de produits sur toi : plus tu auras de « réserves », plus tu auras tendance à consommer, jusqu'à ce que tu n'en aies plus. Acheter plus pour avoir un prix intéressant n'est donc pas forcément économique...
- * Accepte de discuter calmement avec ton entourage : si tes proches te font des remarques, c'est sans doute qu'ils voient des choses dont tu ne te rends pas compte. s'ils s'inquiètent, c'est qu'ils tiennent à toi!
- * Essaie de comptabiliser l'alcool et les joints que tu consommes : même si l'effet te semble « banal », il se surajoute toujours au reste.
- * Que se passe-t-il si tu passes un week-end sans sortir, ou une teuf sans consommer? Si c'est insupportable pour toi, il serait peut-être intéressant de te demander pourquoi?
- * Ménage-toi un temps calme pour te poser après la fête, mange correctement et repose-toi : même si c'est un peu difficile, évite de prendre systématiquement des produits pour amortir la descente. Attention aux opiacés (héroïne, subutex, rachacha,...), ce sont des produits qui « accrochent » facilement.
- * Avec ou sans produit, les nuits blanches et le mauvais équilibre alimentaire épuisent le corps, physiquement et psychologiquement : pense à faire des breaks de quelques semaines régulièrement.
- * Garde une activité autre dans la semaine, un centre d'intérêt différent, quelques amis d'un milieu différent : ce sont des bons points de repère pour t'aider à faire le point de temps en temps.
- * Trouve la bonne personne avec qui parler :
 - des amis proches qui ne vont pas t'exclure du groupe sous prétexte que tu veux mieux gérer ta consommation ;
 - des gens d'une association d'auto-support qui ont vécu des expériences proches de la tienne ;
 - un membre de ta famille qui ne va pas te juger ;
 - ton médecin de famille si tu as une bonne relation avec lui ;
 - un médecin de ville (ils sont tous tenus au secret professionnel) ;
 - une structure d'aide aux toxicomanes (elle te garantira l'anonymat) ;
 - une ligne d'écoute téléphonique anonyme et gratuite ;
 - ... ou toute autre personne avec qui tu te sentira le plus en confiance, et qui pourra t'écouter et t'aider sans te juger. Tu trouveras quelques adresses à la fin de cette brochure.

C) À titre d'exemple toujours, voici une communication ciblée sur les consommations de haschich

Le cannabis (hasch ou herbe) se prend depuis des siècles dans de nombreuses cultures. Le cannabis provient de la plante du chanvre. Son effet dure deux à quatre heures. Le hasch rend heureux et détendu. Mais comme les autres stupéfiants, on le consomme parfois mal.

Voici 12 trucs pour une consommation adéquate.

<i>Conseils</i>	<i>Le hasch</i>	<i>L'herbe</i>
➤	Consomme le cannabis pour ton plaisir. Tu ne résoudras pas les problèmes avec un joint.	
➤	Si tu fumes un joint tous les jours, essaie de rester quelques jours par semaine sans joint.	
➤	Le cannabis affecte le pouvoir de concentration. Évite de la prendre à l'école, au travail ou dans le trafic.	
➤	Certaines sortes de cannabis sont plus fortes que d'autres : elles ont une teneur supérieure en THC. Un fumeur expérimenté sent exactement quand il en a absorbé assez. Il peut s'arrêter tout de suite. Si tu fumes pour la première fois, tu ne sais pas exactement la quantité que tu peux supporter. Renseigne-toi sur la sorte de cannabis que tu ferais mieux d'acheter.	
➤	Si tu n'as pas encore beaucoup d'expérience avec le cannabis, il vaut mieux ne pas prendre d'alcool en même temps.	
➤	Quand tu prends un gâteau de hasch (space-cake) la quantité prise est difficile à connaître. Tu en auras trop avant même de t'en apercevoir. Commence par prendre un petit morceau. Avec le space-cake, il faudra peut-être trois quarts d'heure à une heure et demie avant qu'il commence à agir. Attends que l'effet se produise et n'absorbe tout de suite un autre morceau, tu auras sûrement trop de cannabis dans ton corps.	
➤	Parfois, on supporte mal le cannabis. On se sent malade ou on est anxieux. Cherche un endroit calme et mange ou boit quelques chose de sucré. Ne panique pas. Une heure après, le pire est généralement passé.	
➤	Ne fume pas de hasch ou de l'herbe si tu prends des médicaments ou si tu es enceinte.	
➤	Lorsque l'on fume du cannabis, cela libère des matières (goudron et oxyde de carbone) qui sont nocives pour la santé.	
➤	Pense que si tu mélanges du cannabis à du tabac, tu fumes aussi du tabac. La nicotine entraîne une accoutumance.	
➤	N'achète pas de cannabis dans la rue et cherche plutôt un coffeeshop fiable.	
➤	N'emmène pas de cannabis quand tu vas à l'étranger »	
➤	Cette information est destinée aux visiteurs de coffeeshops et une initiative de Leidsepleinbeheer BV	

© 1997 html drugtext TEXT : Jellinek / BCD / Adviesburo drugs

Utilité du conseil personnalisé

Les actions de communication qui passent en général par les média grand public peuvent contribuer à la prise de conscience, à modifier la perception du risque mais ne sont jamais suffisantes pour déclencher des changements de comportements. Elles doivent être relayées par des moyens permettant aux individus une appropriation des informations, favorisant une réflexion sur leur propre situation, apportant un conseil personnalisé et éventuellement une orientation. Ce rôle peut être rempli par divers types de professionnels dans le champ sanitaire, social ou éducatif, il peut aussi être rempli par les services de téléphonie sociale (DIS notamment). Un travail doit être fait pour adapter la façon dont ce conseil personnalisé est apporté en cohérence avec les propositions du rapport.

Drogues Info Services, Tabac Info Services, Fil Santé Jeunes, SOS Amitié

Ce conseil personnalisé fait le lien entre l'information générale et l'autodiagnostic d'une part et d'autre part l'aide éclairée que peut apporter l'entourage. Là encore, la légitimité du conseil d'amis, de la famille ou des acteurs sanitaires et sociaux sur les consommations s'appuie sur une large reconnaissance sociale de l'usage nocif et une diffusion des éléments précédemment détaillées.

II Affirmer le rôle de l'entourage

L'informer sur les risques

Les différents outils que nous avons décrits et proposés devront être adaptés dans les différentes populations d'utilisateurs concernés (enseignants, éducateurs, grand public, lycéens et étudiants etc.). Les outils d'évaluation et d'auto-évaluation que nous avons déployés pour ce travail devront être adaptés à chaque public. Ces outils peuvent servir à attirer l'attention et à renforcer la vigilance des sujets et de leur entourage, mais il faut rappeler que le diagnostic et l'authentification du trouble doivent être confirmés par un professionnel. En d'autres termes, ces outils peuvent servir à l'information et à la formation mais ils ne peuvent servir à « la désignation » par des non-professionnels. En revanche, il est tout à fait utile que l'entourage donc et que les professionnels scolaires ou éducatifs sachent qu'il existe des moyens de repérage et de traitement précoce et des données fiables et validées, ceci les aidera à sortir de l'impression de flou, de nébuleuse aux contours mal précisés, de lignes de partage peu claires entre le normal et l'anormal qui rendent difficiles leurs actions d'aides.

Le rôle de l'entourage

Le rôle de l'entourage familial, amical ou scolaire peut intervenir de différentes façons.

En préalable, l'entourage doit s'interroger sur ses propres consommations et doit savoir les évaluer. En effet, toute action d'aide et de prévention faite par des adultes passe d'abord par l'exemple, l'imitation et la crédibilité de la parole de l'adulte. La première des attitudes à avoir est de **respecter les règles de consommation qui sont en même temps des règles de protection d'autrui** : ne pas fumer dans certains lieux, ne pas offrir de cigarettes ou d'alcool aux sujets à risque (jeunes, sujets en cours de sevrage ou en période d'abstinence) ou dans les situations à risques (femmes enceintes, conduite prévisible de véhicules...).

Un enseignant ou un soignant peut être fumeur mais il ne doit pas fumer lorsqu'il se trouve en situation d'éducation pour la santé (en d'autres termes lorsqu'il est en position d'éducateur ou d'enseignant).

– La deuxième mission des proches est de **ne pas exposer aux produits** ; c'est sûrement là une des missions principales de l'entourage et des adultes en ce qui concerne les jeunes : – éviter d'encourager aux consommations nocives telles qu'elles ont été définies ;
– éviter de pousser à consommer les sujets à risque ;
– éviter de valoriser les consommations excessives, l'entourage doit aussi aider à identifier les consommations nocives, aider à prendre conscience puis aider à trouver un moyen de changement éventuellement en conseillant et en orientant.

Enfin, il faut rappeler que les interdits ont un rôle permettant de poser des limites et de structurer les consommations. Il faut définir, rappeler et appliquer les règles de consommation.

La troisième mission consiste à **savoir identifier les sujets en difficulté**, ayant des consommations à risque ou déjà un usage nocif et à **savoir comment les aider et les orienter**, si nécessaire.

Face à l'usage des substances psychoactives l'entourage est souvent concerné, préoccupé mais se sent souvent impuissant. On peut considérer qu'il aura, en général, un rôle majeur pour accompagner la tentative de contrôle de la consommation à toutes les étapes du processus. On peut à l'inverse évaluer les conditions défavorables à la réussite d'une tentative de diminution des consommations. Il convient toutefois de tenir compte et de savoir évaluer les situations où l'entourage joue, à l'inverse, un rôle défavorable soit par le stress ou l'angoisse qu'il induit (situations familiales ou sociales néfastes) soit en encourageant les consommations

(consommation familiale, groupe de pairs consommateurs) : dans ces cas, la mise à distance de l'entourage, dans la mesure du possible, est un acte nécessaire.

Nous allons, dans ce chapitre essayer de préciser le rôle de l'entourage, comment le valoriser et les moyens qu'il peut utiliser pour agir au mieux.

III En ce qui concerne les adolescents

Nous nous appuyerons sur les stratégies d'action développées dans le Bulletin Officiel de l'Éducation nationale et dans le rapport du HCSP.

Développer le soutien de l'environnement

Les adolescents en difficultés sont souvent dans une absence de sécurité et de ressources internes et d'une extrême sensibilité aux attitudes et comportements des adultes qui les entourent. Leur avenir dépend de la capacité de cet environnement de les aider à prendre soin d'eux, plutôt que de leurs capacités propres.

Cela suppose que les adultes de cet environnement soient formés pour comprendre le fonctionnement de ces jeunes et qu'ils soient motivés pour insérer leur action dans une continuité qui fait défaut à ces jeunes.

Les lieux de vigilance sont l'école, les services sociaux, les services médicaux et la justice. Le problème est de réaffirmer leur importance et de les aider à travailler les uns avec les autres.

Aider les jeunes passe en priorité par aider les adultes qui sont à leur contact et constituent leur appui essentiel, que ce soit les parents ou les différents intervenants médicaux et sociaux.

Les parents, les éducateurs et les enseignants sont les soutiens dominants. Les jeunes les plus fragiles sont toujours ceux qui sont en rupture avec leur famille.

Dans cette optique, il faut expliquer les indicateurs et les premiers symptômes qui doivent être considérés comme un signal d'alerte sur le plan de la santé mentale et de la capacité d'apprentissage. Les conseillers et les soutiens naturels de la famille sont les éducateurs, les médecins généralistes et les pédiatres (encore faut-il qu'ils soient bien avertis de ces questions et capables de différencier des perturbations anodines, d'un comportement pathologique mettant en danger l'avenir de l'adolescent).

Prendre en compte précocement les signes de fragilité

On s'attachera donc à favoriser cette prise en compte précoce des signes de fragilité chez les adolescents :

- en sensibilisant les adultes proches des adolescents (parents, éducateurs) à la perception des divers signes d'appel de l'adolescent en début de difficulté ;
- en les formant à un dialogue de première intention et à l'éventuelle orientation vers des lieux d'écoute adaptés ;
- en créant des lieux d'écoute des adolescents animés par des professionnels compétents capables d'évaluer une situation, d'apporter les aides et soutiens nécessaires au jeune et à son entourage familial ou, au besoin, de les réorienter vers les lieux soignants adaptés

Avoir une attitude adaptée

Avant qu'il ne consomme, on parle avec le jeune des méfaits et des risques des drogues et des différentes substances psychoactives.

Quand on se rend compte qu'il consomme beaucoup, il faut alors discuter des difficultés personnelles qui le poussent à cet excès. Mieux vaut parfois l'aider à réduire sa consommation qu'exiger une abstinence encore difficile à envisager. Il n'est pas bon que les parents ou les éducateurs campent sur leurs positions de principe, mais étant placés du côté de la loi de la protection des jeunes, ils ne peuvent pas encourager la prise d'un produit illégal ou d'usage nocif. Pour que le dialogue ne reste pas un dialogue de sourds, ils doivent adapter leur discours :

- tu consommes du hasch tous les jours ? Voilà les conséquences que cela va avoir sur tes études : démotivation, baisse de mémoire. Essaie donc de réduire ta consommation.
- tu n'y arrives pas ? alors, si tu veux bien, allons voir un spécialiste avec lequel tu pourras parler de tes difficultés.

Autant il est de la responsabilité de la communication publique d'informer sur la dangerosité des drogues, autant il paraît de celle des acteurs locaux de restituer ces informations dans un contexte plus large et qui fasse sens : les dynamiques de vie au quotidien, les besoins qui se font jour – se réassurer, s'opposer, se différencier, expérimenter, affirmer ses valeurs, questionner ses préjugés, mieux se connaître mieux agir en situation émotionnelle forte, se valoriser à ses propres yeux et dans le regard des autres – tout en conservant un niveau acceptable de prise de risque.

Travailler la cause autant que l'effet : les raisons qui nous poussent à ne pas regarder en face nos problèmes, le sentiment de culpabilité, de dévalorisation, la moindre envie et la moindre force d'entretenir des

relations avec les autres sans béquilles, les difficultés d'intégration dans de nouveaux univers (scolaires, festifs, professionnels, groupes de pairs, etc...) peuvent conduire à utiliser des produits comme substituts de cette intégration valant considération ;

Accepter, permettre l'expression des besoins : d'expérimentation, de découverte, de plus d'intensité de vie ;

Reconnaître la place essentielle du plaisir, du désir qui croisent le chemin des produits psychoactifs, en réfléchissant aux moyens de leur conserver une place contrôlable, non nocive, et en les mettant en balance avec d'autres investissements psychiques.

De plus en plus, l'éducation pour la santé fait référence au développement des compétences personnelles et sociales qui visent à renforcer l'estime de soi, les capacités à se faire aider, à s'aider, à construire et à maintenir une communication avec les autres.

Enfin il convient d'insister sur la cohérence du discours des adultes et sur les modèles qu'ils donnent eux-mêmes. Aucune information ou prévention n'a de sens si elle est faite en présence d'adultes qui sont eux-mêmes des consommateurs abusifs ou dépendants (tabagique, alcoolique entre autres), ce que les adolescents identifient très vite. Une telle situation disqualifie rapidement aux yeux des adolescents le discours des adultes.

Cela est encore plus vrai des recommandations provenant des parents quand ceux-ci sont inscrits dans une consommation abusive ou dépendante (avec souvent un produit différent d'une génération à l'autre : abus de tabac ou d'alcool chez l'un ou les parents, abus de cannabis chez l'adolescent).

Importance des familles : le travail en réseau

Le rôle de la famille est primordial pour la compréhension des différentes situations qui sont présentées aux différents acteurs de terrain et pour la prise en charge globale

D'un point de vue thérapeutique, toutes les études montrent l'implication nécessaire des familles, à différents niveaux, pour une meilleure réussite des soins

Il est donc important de mieux cerner les besoins des parents (soutien, accompagnement, information) dans la perspective d'améliorer la prise en charge des jeunes en difficultés et de considérer les parents comme des partenaires à part entière dès qu'un projet éducatif est mis en place. Les modalités de ce partenariat sont à considérer en accord avec les professionnels, les parents et les jeunes.

La famille, ou le groupe familial, constitue le lieu primaire de prise en charge de l'individu touché par un risque. Cette solidarité familiale très étroite pendant l'adolescence est aussi déclenchée par exemple lors de l'exclusion des primo-demandeurs d'emploi des allocations de chômage et à l'exclusion des moins de 25 ans du RMI. Le jeune chômeur est, en France, à charge de sa famille.

La famille joue un rôle protecteur important, mais en cas de défaillance ou d'absence de sa part, les situations de crise familiale, présentes ou passées, sont source de grande vulnérabilité. On devra donc créer des lieux de rencontre pour les parents et favoriser des actions de dialogues entre parents et adolescents ou jeunes adultes dans les lieux de vie.

C'est en constituant des réseaux où infirmiers, généralistes, psychiatres et groupes de pairs eux-mêmes partagent une sémiologie identique, qu'ils pourront s'entendre sur ce paradigme nouveau, où la lecture de petits signes et l'accompagnement au sein des familles pourront se développer.

Mettre en place des lieux d'accueil des jeunes et de leur famille

Le rôle familial déterminant nécessite d'envisager un soutien global en cas de crise, avec information soutien et aide simultanée aux jeunes et aux parents. L'éducation à la santé est à trouver en priorité au sein de la famille.

Lieux d'accueil et d'information des jeunes et des familles.

Trois circulaires (circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans ; circulaire n° 97/280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points d'écoute pour les jeunes et/ou les parents ; circulaire n°99/153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des familles) préconisent la création de lieux d'accueil et d'écoute et rappellent le rôle fondamental de la famille auprès des jeunes et dans le maintien de la cohésion sociale.

Dans les lieux d'accueil et d'écoute, **les familles qui se rencontrent et se parlent prennent conscience qu'elles ne sont plus seules en face de leurs enfants dont les comportements leur faisaient peur ou honte.** Elles apprennent que devant une tentative de suicide ou la consommation d'une drogue, il y a des solutions à proposer pour aider leur enfant sans le rejeter, et qu'on peut lui parler sans le condamner. Ces

groupes de parents sont aussi un très bon relais pour la recherche et l'acceptation d'une filière de soins pour eux ou leur enfant.

Des lieux d'accueil pour personnes en difficultés ont été créés dans plusieurs villes.

La personne est accueillie, elle fait partie d'un milieu et d'un réseau de sociabilité dans lequel elle peut évoluer. Le respect de son contexte de vie est plus important et plus efficace que certains traitements médicaux, associés à un processus de remise en cause et de resocialisation.

Lieux d'accueil polyvalents.

Certains centres de santé pour étudiants, par exemple, disposent de plusieurs intervenants dont un psychiatre

L'idée est de ne pas spécialiser les lieux d'accueil. Un lieu d'aide et de soins rend les recours d'autant plus accessibles qu'il n'y a pas une connotation unique : sida, suicide, drogue, etc. Le groupe est protecteur pour l'adolescent qui se met en danger.

Des maisons de santé pour les jeunes peuvent constituer, lorsqu'elles existent, ce lieu d'accueil nécessaire. Il s'agit de lieux pour adolescents où l'on peut aborder tous les problèmes de santé, que ce soit repérer la dénomination « Maison de l'adolescent », « Points écoute-accueil », « CMP ». Il faut savoir y associer, dans les zones à proximité des quartiers défavorisés ou très urbanisées, d'autres fonctions comme par exemple le soutien scolaire par des adultes. Ceci permettrait de développer un rôle de parentalité collective en apprenant que l'on peut signaler quelqu'un en danger.

Le soutien par l'écoute téléphonique.

Certains jeunes, pour des raisons géographiques ou parce qu'ils souhaitent un accueil plus anonyme, utilisent différentes lignes téléphoniques : Fil santé jeunes, drogues info service, SOS Amitié ...

Les activités sportives, culturelles, festives

Il existe un lien important entre la pratique d'une activité physique et la qualité de vie perçue. D'où la nécessité de relier des actions de prévention à des activités physiques et culturelles et de favoriser à travers le sport, le théâtre, la musique, la danse, telle que le hip-hop, le rap ou autre, l'acceptation et l'apprentissage des limites de la loi et des liens d'identité.

Création de liens intergénérationnels tels que le soutien scolaire par des retraités ou le parrainage de jeunes pour la recherche d'emploi.

IV Adapter les réponses dans le cadre de l'Éducation nationale (B.O n° 9 – 4 nov.99)

Généralités

L'Éducation nationale de par l'âge de ses publics, se trouve naturellement et de plus en plus confrontée à des conduites (allant bien au delà de l'expérimentation adolescente) de consommation de divers produits psychoactifs.

Face à l'installation d'un nombre croissant de ses élèves dans l'usage nocif de tels produits, l'Éducation nationale met en œuvre depuis plusieurs années une politique de prévention globale des conduites à risques et peut aisément s'inscrire dans cette stratégie de réduction des usages nocifs.

A) Un préalable nécessaire

Sur ces questions de consommation de substances psychoactives, les représentations des différents acteurs de l'Éducation nationale, comme celles de l'opinion publique, s'avèrent très variées. Elles véhiculent trop souvent encore des peurs, tabous et prises de position contradictoires voire passionnées, pour qu'un travail harmonieux et efficace puisse se mettre en place, par delà les clivages licites/illicites, caractère social ou délinquant d'une consommation.

Apparaît ainsi clairement la nécessité d'un travail de base, concernant tout établissement par le biais de stages sur site et visant à l'acquisition d'une culture commune sur ces notions d'usage à risque et d'usage nocif.

Inévitablement la question du cannabis et de loi de 1970 viendront accentuer des prises de position plus ou moins radicales.

Sur ces questions et celle plus large des consommations de substances psychoactives, le passage de l'affrontement stérile à la réflexion constructive nécessitera sans doute le recours au triple éclairage géographique, historique et culturel.

Il ne semble donc pas que le problème des divergences de positionnement doive fondamentalement empêcher un travail cohérent et positif avec des élèves, pour autant que la perspective historique de la loi ait été présentée et le concept de consommation abusive bien explicité.

Après cette première étape d'information et de formation commune, le travail préconisé précédemment pour les acteurs sanitaires peut être relayé, alimenté et coordonné.

B) Un chantier collectif basé sur le socle existant

En interne la mission de l'Éducation nationale vise le plus souvent à prévenir les comportements à risques et le travail éducatif s'axe plutôt sur la mise en place ou le renforcement des facteurs de protection (responsabilisation, autonomie, estime de soi, motivation, esprit d'initiative, valorisation...) que sur les facteurs de résistance.

Cependant un chantier collectif intéressant s'ouvre avec la prise en compte des ressorts actifs dans le déclenchement et l'installation des consommations, mis en lumière par les travaux sociologiques.

Le travail préconisé pour les acteurs sanitaires hors l'école et leurs liens avec elle, trouve quasiment naturellement son point d'ancrage dans la « commission de suivi » des établissements du second degré.

Cette instance fort utile bien qu'encore peu répandue car relevant de la politique de l'établissement, permet déjà et pourrait à plus grande échelle servir de pivot pour la nécessaire articulation des acteurs « internes » (enseignants, médicaux, éducatifs) avec les référents médicaux spécialisés, externes à l'Institution. Ces derniers de par leurs compétences pourraient au vu des cas exposés, juger de la nécessité d'une prise en charge particulière pour tel ou tel élève. Leur légitimité pour adopter une position de thérapeute garantissant à la fois d'un risque de confusion des rôles pour les enseignants et de celui d'absence de traitement de certains jeunes faute de personnels qualifiés pour intervenir.

On revient alors par ce dispositif au travail en réseau préconisé par ailleurs, même s'il reste dans ce domaine beaucoup à effectuer en matière d'efficacité et de lisibilité.

En effet l'Éducation nationale dispose déjà, en recourant à la réunion d'une « Équipe éducative », de la possibilité de passer du repérage de l'élève en danger, à l'analyse croisée de sa problématique puis aux indications de prise en charge par des professionnels extérieurs si nécessaire.

Par ailleurs le cadre offert par le CESC majoritairement utilisé dans le domaine de ce qui est dénommé « prévention toxicomanie », pour des actions visant à agir en amont des consommations sur la création de conditions favorables au renforcement des facteurs de protection, pourrait être plus amplement exploitée pour des informations, réflexions et travaux axés également sur la prise en compte de l'usage nocif.

Les différents éléments, instances ou procédures précités, qui constituent le socle existant peuvent être adaptés voire améliorés et évalués en intégrant cette nouvelle entrée qu'est l'identification précoce

de l'usage nocif. Dans cette perspective l'éclairage de certains outils thérapeutiques (*cf.* questionnaire « CRAFFT » test par exemple) éventuellement utilisables ou adaptables, pourrait aider facilement à la constitution, pour les personnels internes à l'Éducation nationale, d'un outillage opérant.

C) Quelques questions en suspens et conditions de réussite

Pour l'heure, l'Éducation nationale fait preuve d'une certaine efficacité dans l'identification des élèves en grande difficulté personnelle ou sociale. Certains personnels se retrouvent dépositaires d'informations quant à des consommations abusives ou à risques. Mais la question des suites à donner, persiste.

Que faire de ces informations ? Qui est le garant de la confidentialité ? Qui est le référent exact du jeune dont les agissements ont mobilisé un professeur dans l'établissement, un éducateur de prévention sur le quartier, une assistante sociale de secteur ? Que fait-on de la parole de ce jeune et surtout comment ses parents (fussent-ils séparés, alcooliques, démunis.) sont-ils introduits (réintroduits ?) dans le jeu ?

Un gros travail demeure pour que les acteurs multiples se reconnaissent dans leurs champs respectifs de compétence.

La coordination du réseau se fera d'autant mieux que des formations communes auront permis aux acteurs de se connaître et de se positionner. Chacun devra s'imposer des limites d'autant mieux perceptibles que l'on aura eu l'occasion d'appréhender le travail de l'autre.

Dans ce cadre là, il serait également utile de travailler ensemble sur les divers outils qui peuvent être proposés dans ce rapport.

En effet si l'on veut en tirer tout le bénéfice possible, l'applicabilité et les limites de ces outils doivent être étalonnées à l'aulne des diverses pratiques sanitaires et sociales mises à l'œuvre dans ce travail en réseau.

Avant de se lancer dans ce travail non pas totalement novateur mais intéressant par le côté pragmatique et scientifique qu'il introduit dans ce champ habituellement très subjectif des consommations, il apparaît absolument indispensable que cette notion d'usage nocif soit largement diffusée dans l'opinion publique. Ensuite seulement un travail spécifique conjoint des acteurs sanitaires et des acteurs sociaux pourra être entrepris.

Sinon ce serait introduire encore un peu plus de confusion au sein de l'École où les réactions des chefs d'établissement face aux

consommations de substances psychoactives vont allègrement de l'exclusion pure et simple au laxisme quasi total.

Un grand chantier à reprendre sans doute sur des bases nouvelles, celles d'usages à risque et/ou nocif.

Le rôle parfois difficile des enseignants

Pendant la scolarité, l'enseignant est au premier rang pour voir apparaître des difficultés spécifiques à l'adolescence, sous forme de désinvestissement pouvant aller jusqu'à la rupture. Une fois de plus, comme beaucoup de problèmes de l'adolescence, la durée de la difficulté est une notion importante : quelques jours, quelques semaines de fléchissement, ne doivent pas constituer pour l'adolescent et pour son entourage une inquiétude excessive. En revanche lorsque ce fléchissement dépasse trois mois, il faut s'interroger sur ses origines.

Cette rupture peut débiter sous forme d'absentéisme, de fugue ou de troubles du comportement à l'école qui rendent la situation de moins en moins tolérable. Il est nécessaire dans ces cas d'avoir l'avis d'un spécialiste qui pourra apprécier les différents facteurs entrant en jeu dans cette rupture.

Une organisation de prévention et d'aide cohérente dans les établissements

A) Les objectifs

Il s'agit d'aider les jeunes à ne pas passer d'un usage occasionnel à un usage nocif ou abusif, à diminuer ou arrêter leur consommation.

Éviter ou retarder le risque de la première consommation, ce n'est pas uniquement parce que la consommation d'une substance inscrite au tableau des stupéfiants est interdite, c'est aussi pour le jeune une forme de protection :

- Parce qu'un simple usage peut avoir des répercussions dommageables pour la santé ;
- Parce que la composition de nombreuses substances en circulation est souvent inconnue, et que certaines d'entre elles peuvent être d'emblée dangereuses, comme l'ecstasy ;
- Parce que l'adolescent est souvent attiré par une prise de risque entraînant des conséquences sociales diverses (exclusion – désocialisation – délinquance). Une réflexion peut être menée avec un groupe

d'adolescents sur ce qui relève d'une prise de risque « acceptable » et d'une conduite dangereuse.

Aider les jeunes à éviter le passage d'un usage récréatif, occasionnel, à un usage nocif et abusif, et à la dépendance. Les élèves qui consomment des substances psychoactives sont sans cesse plus nombreux. Ils sont dans des conduites à risques et certains plus que d'autres.

En priorité, avant même le choix de la sanction qui reste nécessaire et peut être effectuée à l'intérieur de l'établissement, il est impératif que les élèves sachent, avec le soutien individuel ou collectif qui leur sera donné, limiter les dommages éducatifs, sociaux, sanitaires liés à la consommation de substances psychoactives. Cette nouvelle orientation donnée à la prévention, est clairement dictée par le souci de la santé des jeunes.

Pour éviter le double écueil, d'une saisine trop tardive et d'une inutile judiciarisation d'une situation ponctuelle bien prise en charge, il apparaît nécessaire que les chefs d'établissement se rapprochent du parquet local pour définir les critères de signalement à l'autorité judiciaire en matière d'usage de stupéfiants.

La réflexion tiendra compte de différents paramètres en fonction certes, de la nature des produits utilisés et de leur dangerosité, mais également de la sévérité de l'usage (chronicité, abus, dépendance), de la personnalité du jeune (âge, santé, niveau scolaire), de l'aptitude de la famille ainsi que des réalités locales.

Ce partenariat sera mené au sein des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté susceptibles de travailler en réseau.

B) La politique d'établissement

Une politique claire, définie au niveau académique relayée par les directions d'établissement, avec le concours de partenaires extérieurs, doit être développée. En effet, la multiplication des comportements à risque, la diversité des réponses, parfois contradictoires, posent problème.

Cette politique doit s'insérer dans la politique départementale de prévention des dépendances élaborée par le chef de projet départemental désigné par le préfet (cf. circulaire du Premier ministre du 13 septembre 1999).

Beaucoup d'établissements tentent de développer des moments d'écoute avec des adultes spécialisés, malgré la difficulté pour un jeune

de parler à un adulte. On crée, ici ou là, des « ados-relais », des « lycéens-relais » chargés de faire le lien avec les adultes.

Dans un second temps, la mise en place d'actions communes avec des partenaires locaux, acteurs de quartiers, associations, municipalités, viendra accompagner le travail éducatif élaboré dans l'école.

C) Le climat de l'établissement, facteur de prévention

En bien des occasions, il a été possible de vérifier dans les collèges et les lycées, la pertinence de la règle selon laquelle, si la confiance, la communication, la cohérence, et la cohésion sont à l'œuvre dans tout ce qui touche aux relations et aux décisions, le climat de l'établissement sera un facteur de prévention. L'amélioration du climat de l'établissement nécessite un travail quotidien de tous les acteurs. L'impulsion en revient au chef d'établissement. Quelques préconisations peuvent être rappelées :

- Faire **confiance** aux élèves, encourager leurs initiatives, prendre en compte leurs propositions sont autant d'attitudes qui génèrent des relations d'une autre nature entre les élèves et les adultes, relations qui améliorent non seulement le climat général, mais facilitent aussi tout ce qui concerne les apprentissages scolaires comme l'ont prouvé maintes expériences pédagogiques en la matière.

- **Renforcement des facteurs de protection**

Dans ce cadre préventif, il est essentiel de développer et de soutenir les facteurs de protection. Ce sont eux qui en donnant des repères aux jeunes, leur permettent d'acquérir estime de soi et respect des autres, capacité à choisir et à s'autonomiser, capacité à mener leur vie : pouvoir résister à des sollicitations d'origine diverse, trouver le chemin d'une bonne gestion de sa santé, ou sa capacité à prendre la décision d'arrêter de consommer.

La mise en œuvre de ces facteurs est à l'origine de l'acquisition des compétences psychologiques et sociales. La valorisation de ces facteurs de protection doit s'inscrire dans les processus mis en place, non seulement à l'école dans le cadre des projets d'établissements mais aussi dans les lieux d'activités, de vie extra-scolaire dans les familles. Les propositions éducatives à caractère culturelles, sportives et artistiques faites aux jeunes sont justifiées dès qu'elles poursuivent clairement un objectif de valorisation des facteurs de protection et qu'elles s'en donnent les moyens grâce à la qualité des cadres et à la vigueur des méthodes obtenues.

Dans l'ensemble du projet éducatif, le rappel de la loi, le travail sur la citoyenneté, les droits et les devoirs permettent d'activer les facteurs de

protection. Le travail éducatif dans son ensemble visera à articuler ces facteurs de protection afin qu'ils permettent aux jeunes de répondre ou de s'opposer de manière adéquate aux propositions faites par l'environnement, non seulement par rapport aux propositions de substances psychoactives, mais rapport à toutes les conduites à risque.

- Organiser la **communication** contribue à apaiser les tentations dans un établissement et donne à chaque membre de la communauté la possibilité de s'approprier les objectifs, les intentions, les actions mises en œuvre. Une communication interne permanente, cimenter une communauté donne aux élèves comme aux adultes, parents compris, un réel sentiment d'appartenance, et permet à chacun de mieux vivre son travail, sa scolarité, son rôle.

Cette façon d'agir avec les autres doit constituer une véritable culture d'établissement.

- Maintenir la **cohérence** est ce qui est le plus difficile dans un établissement en raison de la multiplicité des acteurs de la communauté scolaire et des divers métiers à l'œuvre. Pourtant si elle est battue en brèche, toute velléité de prévention a bien des chances d'être vouée à l'échec : les jeunes sentent, en effet, de manière intuitive les incohérences des actions des adultes assimilées à l'injustice.

- Assurer la **cohésion** est nécessaire chez les adultes, comme chez les élèves. Au-delà du groupe classe, il est bon de développer le sentiment d'appartenance à l'établissement. Les activités culturelles sportives et artistiques peuvent y contribuer.

D) Comment le rappel de la loi peut-il être fait auprès de jeunes ? Comment la loi peut-elle être un support pertinent à l'action éducative ?

Autant de questions auxquelles il convient de répondre quand il s'agit de jeunes tentés par la consommation de substances psychoactives ou déjà consommateurs à risque.

Il convient d'avoir constamment à l'esprit que le rappel de la loi est constitutif de l'acte éducatif ; en posant des limites, il structure la personnalité.

Les textes en vigueur sur l'usage des substances psychoactives.

Le premier acte pédagogique est de veiller à ce que les dispositions des lois du 9 juillet 1976 et 10 janvier 1991 sur le tabac du 15 avril 1954 et 10 janvier 1991 sur l'alcoolisme soient appliquées dans les lieux scolaires, la condition première étant bien entendu que chacun les

respecte. L'exemplarité est une pédagogie silencieuse, mais indispensable.

* L'application de la loi du 31 décembre 1970 relative aux « mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses » est chose plus difficile. On ne peut ignorer que cette loi, sous sa forme actuelle, fait l'objet de débats. La parution de récents rapports (cf. repères bibliographiques) a relancé le débat sur la législation actuellement en vigueur.

Compte tenu de ces réalités, le rappel de la loi du 31 décembre 1970 doit s'appuyer :

- sur un consensus des adultes d'un même établissement. Quelles que soient les options de chacun sur l'opportunité d'une modification de la loi et sur les champs possibles de cette modification, il s'agit de prendre en compte qu'elle est en vigueur et doit être respectée ;
- sur l'instauration de débats qui permettent aux jeunes de comprendre la complexité de son application et le sens des évolutions en cours.

La loi pénale à l'égard des usagers de drogues est fondée sur un objectif de santé publique et sa mise en œuvre actuelle répond à cet objectif devenu prioritaire.

E) Un exemple d'organisation de la prévention : la commission de suivi

Partant du constat selon lequel le fonctionnement des établissements engendrerait une perte des informations concernant la vie des élèves et nuirait considérablement au traitement des situations des jeunes en difficulté, des équipes éducatives ont réfléchi à des modes de fonctionnement qui apporteraient une plus grande efficacité en la matière. La commission de suivi n'est pas un dispositif réglementaire. C'est un outil simple, dont tout établissement peut se doter pour servir de manière efficace une politique de prise en charge globale.

Objectifs

Dans quelle mesure l'école d'aujourd'hui peut-elle répondre et transmettre à ces adolescents en difficulté des moyens susceptibles de leur permettre une élaboration suffisante des conflits, sans que ceux-ci donnent lieu à une désorganisation dans le passage à l'acte ? Au-delà d'une réponse centrée sur l'évolution du cadre scolaire et des pratiques pédagogiques, il nous semble nécessaire d'envisager un travail en réseau entre personnels issus des établissements scolaires et acteurs extérieurs spécialisés auprès des adolescents.

La gestion collective des problèmes éducatifs et pédagogiques qui découle de l'attitude de ces élèves en difficulté ne peut être soutenue que par une équipe pluridisciplinaire où personnels « internes » à l'établissement échangeraient avec des acteurs médicaux spécialisés externes à l'institution scolaire.

La mise en place d'un réseau entre les équipes éducatives (enseignants, CPE, médecin scolaire, C.O. Psychologue, assistante sociale et infirmière des établissements) permettrait d'améliorer la prise en charge des élèves en difficulté, mais aussi d'établir un échange indispensable entre les adultes (en particulier les enseignants) bien souvent désemparés par l'attitude de ces adolescents. Les connaissances spécifiques des acteurs de ce réseau contribueraient à une meilleure compréhension de ces comportements.

Cette équipe, véritable commission de suivi, se propose ainsi d'apporter un soutien à l'enfant, aux familles, aux équipes éducatives, sans jamais se substituer aux acteurs en place.

Mise en place de la commission de suivi

Selon les ressources de chaque établissement, la commission peut varier dans sa composition. Il est indispensable que sa constitution s'inscrive dans le projet d'établissement afin de permettre le meilleur investissement possible des personnels. Au sein de chaque établissement, un adulte –relais (réfèrent), de préférence le C.O. psychologue, assure la liaison entre les différents acteurs du réseau.

Les objectifs de la commission sont les suivants :

- Être en capacité d'intervenir sur la demande des élèves ou de la communauté éducative.
- Étudier la situation d'un élève en difficulté (ou d'un adulte) à la lumière de compétences professionnelles différentes.
- Nommer un adulte chargé d'assurer le suivi personnalisé de l'élève. Cet adulte est un acteur de l'établissement et il serait préférable qu'il ne soit pas un des enseignants de l'élève.
- Permettre aux élèves en difficulté ou aux adultes ayant sollicité la commission, de se sentir restaurer dans leurs compétences et de retrouver leur autonomie par rapport aux faits.
- Organiser l'action de la commission de façon précise et structurée dans le temps afin que l'action auprès de l'élève garde toute sa signification.
- Répondre aux attentes des familles, bien souvent déroutées par le comportement de leur adolescent et / ou par les réponses que l'institution scolaire leur propose.
- Maintenir un dialogue permanent avec le chef d'établissement, garant du projet de la commission.

– Évaluer les effets de la commission (par exemple amélioration du comportement des élèves en difficulté, amélioration des relations famille / école...)

Un organigramme d'intervention

Un exemple précis : dans le département de la Vienne, ce type de réseau entre les psychiatres et les enseignants fonctionne depuis plusieurs années.

Il s'agit donc, non seulement de repérer les signes annonciateurs d'un malaise chez l'adolescent, mais d'évaluer leur fonction dans la dynamique psychologique de l'adolescent.

Les entretiens d'évaluation clinique ont pour but de chercher à distinguer entre d'une part, un symptôme constituant la trace du travail psychique de l'adolescent, ce qui nécessite certes l'attention bienveillante des adultes, sans pour autant signer un fonctionnement pathologique, et d'autre part un ou plusieurs symptômes devant faire craindre un malaise plus profond, pour lequel l'avis d'un spécialiste de l'adolescent est nécessaire.

Il s'agit donc d'un repérage précoce des difficultés et non pas de consultations psychiatriques « avancées ». Faire la part entre le « développemental » et le « pathologique » constitue, à l'adolescence, une mission de première importance, aussi bien pour les acteurs de terrain que pour les spécialistes.

Pour toutes ces raisons, la mise en place d'un **réseau de soins** autour des adolescents est une nécessité.

L'Éducation nationale dispose d'un service interne de promotion de la santé en faveur des élèves, comportant un pôle médical et infirmier et un pôle social. Les entretiens d'évaluation clinique ne peuvent fonctionner sans eux. Il ne s'agit cependant pas de créer une « filière », mais un réseau, c'est-à-dire que les adolescents doivent pouvoir accéder aux soins par n'importe quel point du dispositif. Il appartient aux acteurs de ce **réseau** de se concerter pour s'organiser dans le suivi. Permettre à un adolescent qui va mal de trouver auprès des adultes qui l'entourent le cadre relationnel qui lui permettra d'abord de faire le point sur l'ensemble de ses difficultés, puis d'évoluer, constitue sans nul doute la préoccupation de tous ces acteurs.

L'adulte « choisi » par l'adolescent ne doit pas être le seul à intervenir. Il doit agir en concertation avec les autres acteurs de terrain.

L'expérience de terrain menée dans le département de la Vienne illustre un exemple d'évaluation de repérage précoce et d'action de soins.

Ce modèle d'évaluation en milieu scolaire est le fruit d'un travail de coordination entre le Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Inter-secteur Nord) du Professeur Marcelli au CHU de Poitiers et les autorités administratives et médicales de l'Éducation nationale.

Cette prévention est conçue comme un dépistage précoce des difficultés psychologiques présentées à l'adolescence. Indissociable de la clinique, elle doit aussi tenir compte de l'environnement social, familial et scolaire.

Principes de fonctionnement

Les Commissions de Suivi

Ces équipes de 15 à 20 personnes sont des membres de la communauté éducative d'un lycée, d'un lycée professionnel ou d'un collège.

Leur formation est un objectif prioritaire afin d'acquérir un " autre regard " sur l'adolescent en difficulté. L'outil principal de cette formation est la " grille d'analyse des symptômes ".

Ces équipes fonctionnent sur des principes :

Les études de " cas " se font selon le principe du **secret partagé** et avec la présence d'un **régulateur** qui est un professionnel de santé et qui évalue les problèmes des élèves en difficultés.

Après l'approche biographique et l'analyse symptomatique, deux types de remédiations sont possibles :

- **remédiation interne** par les membres de la communauté éducative ;
- **remédiation externe** : consultation adaptée avec des infirmières spécialisées par le biais « d'entretiens d'évaluation clinique » dans l'infirmerie de l'établissement.

De plus, l'existence d'une Commission de suivi dans un établissement permet de sécuriser la communauté éducative et de réguler certains dysfonctionnements institutionnels.

Le rôle de ces Commissions de Suivi est :

- d'**Inform**er (prévention primaire de proximité)
- d'**Écouter** (substitut parental)
- d'**Orienter** (vers des médiateurs intervenants spécialisés)

La grille d'analyse de symptômes

Instrument de formation et d'évaluation ("entretiens d'évaluation cliniques"), la grille de symptômes doit permettre de former les acteurs de terrain, de repérer le plus précocement possible les adolescents en difficulté et d'apporter un soutien approprié à un moment donné.

Comme on l'a rappelé auparavant et à la lueur des études épidémiologiques, pour être à risque, un symptôme doit être fréquent, durer dans le temps et être cumulé avec d'autres signes facteurs de risques.

Huit groupes de symptômes ont été définis :

- 4 groupes plutôt précoces (entre 11-12 et 15-16 ans)
- le groupe des difficultés scolaires (entre 10 et 20 ans)
- 3 groupes de symptômes tardifs (entre 15 et 20 ans).

Fonctionnement et régulation

- Adolescent « normal » : ECOUTE (réalisée par les adultes relais : Commissions de Suivi)
- Adolescent « en difficulté » : AIDE (entretiens réguliers par des intervenants spécialisés : infirmiers)
- Adolescent « malade » : SOIN (orientation médico-psychologique adaptée ou hospitalisation dans un service spécialisé).

Conclusion

La prévention conçue dans cette expérience de terrain présente deux intérêts :

- d'une part, elle fonctionne comme un véritable repérage précoce de proximité avec des équipes d'adultes de terrain, souples dans leur fonctionnement et facile à organiser ;

- d'autre part, elle permet une évaluation globale de l'ensemble des difficultés et des facteurs liés à un adolescent en difficulté.

Les auteurs de la mise en place de ce travail ont volontairement pris le parti de ne pas prendre en compte la dimension environnementale (famille, contexte social...) car faisant souvent écran à l'évaluation individuelle proprement dite. Cette grille d'analyse de symptômes "Marcelli" correspond aux indicateurs de risque individuels. Il nous paraît néanmoins nécessaire de la compléter avec la grille d'analyse des facteurs familiaux et sociaux proposée dans la deuxième partie.

F) Le renforcement des actions du CESC – le Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté

Mis en place par la lettre du 22 octobre 1990, les comités d'environnement social se sont affirmés comme les outils efficaces de prévention des toxicomanies et des conduites à risques : fédérateurs d'actions et de préventions auparavant dispersées et sans cohérence, mobilisateurs des adultes et des élèves de la communauté scolaire autour d'objectifs clairs, facteurs de renforcements d'un partenariat efficace et d'améliorations significatives du climat et des relations entre adultes.

Le ministère de l'Éducation nationale, de la recherche et de la technologie a souhaité élargir les compétences du dispositif en créant les **comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)**, dont la généralisation et l'émission ont été définies par la circulaire n° 98-108 du 1^{er} juillet 1998 (B.O du 9 juillet 1998).

Ces missions se déclinent autour de six axes :

- ✓ Contribuer à la mise en œuvre de l'éducation citoyenne dans l'école ou l'établissement en rendant l'élève responsable, autonome et acteur de préventions ;
- ✓ Organiser la prévention des dépendances, des conduites à risques et de la violence dans le cadre du projet d'établissement ;
- ✓ Assurer le suivi des jeunes dans et hors de l'école ;
- ✓ Venir en aide aux élèves manifestant des signes inquiétants de mal-être. Renforcer les liens avec les familles ;
- ✓ Renforcer les liens avec les familles
- ✓ Apporter un appui aux acteurs de lutte contre l'exclusion.

Inscrites dans le projet d'établissement, les actions de prévention mettent l'élève au cœur de la relation adulte-élève dans laquelle l'élève devient responsable et acteur de sa propre prévention, développant ainsi une attitude positive dans une démarche valorisante en matière de santé et de citoyenneté, profitable à tous et au climat de l'établissement.

Les actions qu'ont choisies de mener les CESC, après validation par les groupes de pilotage académiques et départementaux, s'organisent en relation avec les partenaires extérieurs. La souplesse de ce dispositif permet notamment, de regrouper toutes les structures existantes dans un même projet, en créant des groupes de travail propres à chaque thème, en fonction des besoins propres de l'établissement.

Qui sont les partenaires de la communauté scolaire ?

Les services déconcentrés de l'État, au niveau régional, départemental ou local : Justice, Jeunesse et sports, Emploi et solidarité, Intérieur, gendarmerie ;

- ✓ Les collectivités territoriales ;
- ✓ Les conseils généraux ;
- ✓ Les organismes habilités et les associations agréées.

Ces instances pour être efficaces, doivent nécessairement mener une action cohérente, concertée complémentaire de leurs champs d'application, chacune conservant ses responsabilités propres en matière de prévention des conduites à risques. Pour cela, il faut prévoir une articulation entre les différents dispositifs qui relèvent de ces instances partenariales :

- ✓ Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la Santé ;
- ✓ Conseils des zones d'éducation prioritaire et réseaux d'éducation prioritaire ;
- ✓ Convention départementale éducation nationale/Justice ;
- ✓ Plans départementaux de sécurité, conventions interservices ;
- ✓ Contrats locaux de sécurité (CLS) ;
- ✓ Groupes opérationnels d'actions locales de sécurité (GOALS) ;
- ✓ Structures de concertation de la politique de la ville ;
- ✓ Comités départementaux et communaux de prévention de la délinquance (CDPD et CCPD) ;
- ✓ Comités de pilotage de la lutte contre la drogue et les dépendances.

Améliorer les réponses de la médecine scolaire

A) L'infirmière scolaire

Elle est le deuxième praticien consulté après le médecin généraliste : selon les enquêtes et le sexe, entre 42 et 54 % des adolescents ont vu l'infirmière scolaire au cours de l'année qui précède, et près de 10 % l'ont vue plus de 4 fois (Inserm U 169).

Selon les établissements et selon la personnalité de l'infirmière, les adolescents et même parfois leurs parents peuvent tirer un grand bénéfice de sa présence, de son écoute et parfois de ses interventions. Pour beaucoup d'adolescents, l'infirmerie est ce lieu complice où l'on peut se

réfugier sous prétexte d'un mal de dent ou de ventre pour échapper à une interrogation écrite ou à un travail non fait. Avec de petits moyens, ils repartent guéris, contents d'avoir volé à l'école ces moments de plaisir, comme à la maison.

C'est ainsi que l'infirmière joue souvent ce rôle maternel qui lui permet d'établir un dialogue fructueux avec des adolescents en difficulté. On peut aborder avec elle n'importe quels problèmes, y compris les plus quotidiens, qu'un nombre croissant de parents n'ont plus le temps d'aborder.

C'est ainsi que l'infirmière des adolescents est ainsi un référent à part entière. Informée d'une dégradation des relations familiales, il est fréquent qu'elle prenne contact avec les parents.

L'infirmière est aussi au premier rang pour donner un avis sur des médicaments psychotropes utilisés par certains à l'insu de leurs parents et le plus souvent sans contrôle médical.

B) Le médecin scolaire

Il y a environ 1 500 médecins scolaires dont les fonctions sont en pleine évolution. Ils sont conscients d'être à un poste d'observation remarquable de la santé. Ils ont à la fois un travail individuel, mais aussi collectif et sont en étroite relation avec l'assistante sociale, l'infirmière et le corps enseignant.

Il est le mieux placé pour toucher les jeunes qui ne vont pas chez leur médecin généraliste, notamment dans les couches les plus défavorisées de la population.

Cependant, il faut adapter des niveaux d'intervention progressif à chaque classe d'âge et à ses propres difficultés. C'est pour cela qu'il est souhaitable de former les professionnels au repérage des signes de souffrance précoce des jeunes. Ceci d'autant plus qu'à cet âge, les mesures de prévention doivent porter autant sur l'individu que sur l'environnement. Ce repérage des situations à risque devrait être le rôle du médecin scolaire, en partenariat avec l'enseignant et la famille ou l'intervenant sanitaire extérieur (médecin de famille, pédiatre...). Cet aspect a été évoqué par le rapport du haut Comité de la Santé publique sous la forme d'un bilan en CM2 (10-11 ans). Néanmoins, cet aspect précoce du repérage doit être prudent quant à son éventuelle généralisation car à cet âge seuls quelques cas nécessitent une prise en charge bien spécifique pour l'usage nocif

C) L'assistante sociale

Elle est parfois directement contactée par les familles, mais aussi de plus en plus souvent directement par les adolescents. Ils expriment parfois des problèmes personnels, mais le plus souvent des difficultés de contact avec certains enseignants ou des difficultés économiques de leur famille.

Elle peut ainsi être informée de problèmes graves, tels que toxicomanie débutante ou installée, mauvais traitements, alcoolisme d'un parent ou parent trop isolé ou en détresse, qui met l'adolescent en grande difficulté.

On voit ainsi l'importance du rôle de médiateur que peut jouer l'assistante sociale si elle travaille avec un réseau d'autres intervenants.

D) Le psychologue

Le recours à un psychologue dans le milieu scolaire, à l'heure actuelle, est pratiquement limité aux tests d'orientation.

Dans les établissements, la présence d'un psychologue dans les équipes scolaires serait souhaitable. Sa présence dans les réunions régulières de synthèses des établissements aiderait à repérer assez tôt les limites entre souffrance psychique et trouble constitué.

V En ce qui concerne les adultes

La perception et la reconnaissance sociale de l'usage nocif est le préalable absolu pour légitimer les propositions et actions d'aide de l'entourage. Ces propositions d'aide pouvant alors venir de la famille, des amis, de l'entourage professionnel ou sportif ou associatif.

Cette aide de l'entourage aura d'autant plus de force et d'efficacité que le cadre général familial, professionnel ou sportif favorisera et renforcera ce type d'actions.

Améliorer les réponses au niveau des travailleurs sociaux

La prise en compte des consommations doit être traitée parallèlement aux difficultés psychologiques et sociales

Les professionnels du secteur social ou éducatif devraient systématiquement envisager la question des consommations de substances psychoactives, dans leurs actions au niveau d'individus ou de groupes en situation de vulnérabilité car les moments de rupture ou les difficultés sociales s'accompagnent souvent d'une aggravation de la consommation de substances psychoactives. Cette adaptation par le

recours aux substances psychoactives doit inciter les éducateurs ou les travailleurs sociaux à renforcer les autres éléments d'intervention susceptibles de favoriser des ajustements moins risqués pour les individus et les familles.

Mais, pour que les travailleurs sociaux puissent s'intéresser aux comportements de consommation et agir, ils doivent pouvoir s'appuyer sur des professionnels de santé compétents et motivés. Et donc connaître les praticiens et les lieux réellement compétents.

Ceci implique qu'ils soient intégrés dans un réseau de soins addictologiques.

Mettre en place une politique globale d'entreprise ou d'établissement à l'égard de l'usage nocif des substances psychoactives, afin de rendre plus aidant le milieu de travail

- ◆ Pour être efficace, **la politique concernant les consommations de substances psychoactives**, doit mobiliser, outre la médecine du travail, la direction et les représentants des personnels (syndicats et CHSCT).
- ◆ **La médecine du travail doit pouvoir proposer :**
 - *une réponse curative pour des cas individuels* et notamment dans le diagnostic précoce des abus d'alcool (orientation), ainsi que pour favoriser une pré-reprise à la suite d'un arrêt de travail. Pour cela, il faut une bonne insertion du médecin du travail dans le milieu professionnel, ainsi qu'une relation franche de collaboration complémentaire avec les structures de soins (médecins libéraux, services hospitaliers, établissements dits de post-cure, associations...) et une aptitude à dialoguer avec l'entourage familial, professionnel, associatif.
 - *une réponse répressive* (licenciement d'un travailleur dangereux et improductif) : le médecin est bien placé pour expliquer, avant la sanction, les conduites d'alcoolisation et leurs conséquences, pour assurer un rôle d'encadrement ;
 - *une troisième réponse, de dimension collective : la prévention*, qui s'adresse à tous les salariés, qu'ils aient ou non des difficultés avec l'alcool.

La politique de l'entreprise concernant les personnes en difficulté avec l'alcool reste souvent incohérente : un patient qui se soigne admet par là même qu'il est « alcoolique » et est donc inapte à travailler...

◆ **Les stratégies pour mener une politique de prévention dans l'entreprise**

- aborder le sujet et ne plus en faire un tabou ;
- éviter toute moralisation et toute culpabilisation ;
- travailler sur la culture de l'entreprise (les « pots » mais aussi au niveau du restaurant, les cadeaux : remplacer par exemple une « bonne » bouteille par une boîte de chocolats) ;
- apprendre à respecter la non-alcoolisation en cas de consommation, valoriser la modération.

◆ **Créer une structure identifiée « addictions » au sein des entreprises moyennes ou grandes**

La création d'un groupe relais (non mandaté comme le CHSCT), référent pour l'entreprise pour tous les problèmes liés à l'alcool, en position de conseil et travaillant en collaboration avec des spécialistes, devrait voir le jour dans toute entreprise. Il faut une structure identifiée avec implication des acteurs sur le terrain.

◆ **Prévoir la réinsertion ou la reconversion professionnelle**

◆ **Proposer un plan d'action**

- en informer la direction ;
- se donner les moyens d'évoluer : constituer une équipe locale de prévention pluridisciplinaire associant la hiérarchie de l'entreprise, les services médicaux et sociaux, les militants d'associations, des animateurs locaux, les membres du CHSCT (Comité d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail) et des agents volontaires ;
- désigner les « moteurs » de l'action, responsables et animateurs relais volontaires et motivés ;
- sensibiliser tout le personnel par petits groupes ;
- demander des moyens complémentaires, si nécessaire, auprès de la direction du personnel (exception : auprès du médecin chef, si les moyens sont pour le service médical).

VI Prévenir l'usage nocif au niveau collectif : réflexions sur la réglementation

Le groupe n'avait pas pour mission d'élaborer des alternatives ou des modifications aux législations actuellement en vigueur.

Néanmoins, la nécessité de faire émerger les problématiques spécifiques liées aux usages nocifs nous conduisent à interroger les cadres réglementaires et législatifs actuels quant à leur prise en compte de ces problématiques et à leur efficacité en matière de prévention et d'accès aux soins.

Ces problèmes sont vastes et complexes, et nous ne proposons ici que des quelques pistes. Mais nous demandons à ce que, dans un second temps, les pouvoirs publics mettent en place des groupes de travail et lancent un débat social permettant de déboucher sur les changements et les mesures les plus adaptés.

Pour mener à bien une réflexion approfondie sur la question des limites que doit tracer la collectivité dans le domaine des substances psychoactives et de leurs consommations, il semble utile de poser d'abord les principes qui doivent animer le droit en la matière, quelles que soient les substances considérées, puis d'examiner substance par substance comment peuvent s'appliquer ces principes.

La réglementation actuelle n'est plus cohérente

Toutes les substances psychoactives sont réglementées : les produits classés comme stupéfiants sont prohibés, les médicaments sont soumis à des règles spécifiques quant à leur mise sur le marché, leur vente et leur prescription, la vente, la publicité, l'usage public du tabac et de l'alcool sont réglementés. La conduite automobile sous l'emprise de l'alcool est réprimée. Il apparaît de nouveaux produits qui peuvent rester dans un vide juridique pendant le temps nécessaire à leur classification.

Cette réglementation construite par textes successifs n'est plus cohérente avec l'approche globale des substances psychoactives et des comportements de consommation. De plus, beaucoup de dispositions ne sont pas appliquées. La réglementation doit donc être revue et unifiée au regard des objectifs de santé publique, notamment ceux discutés dans ce rapport. La législation doit contribuer à créer un environnement favorable à la prévention de l'usage nocif et à l'aide aux personnes concernées pour en réduire les risques pour elles-mêmes, pour autrui et pour favoriser le retour vers un usage sans risque ou vers l'abstinence.

L'approche sanitaire de l'usage nocif repose sur l'information sur les produits, les usages et les risques, sur la communication, l'éducation et l'accès à des services d'aide et de soin. La conviction et le soutien sont les ressorts principaux de cette approche. La réglementation peut y contribuer dès lors qu'elle est lisible, juste et appliquée. Ce n'est plus le cas actuellement. La distinction entre drogues licites et illicites ne correspond pas à la dangerosité des produits et tend à se brouiller. La loi prohibant l'usage n'est que partiellement appliquée, et la consommation de cannabis est largement répandue chez les adolescents. Les textes sur la publicité ou les interdictions d'usage dans les lieux publics et les lieux de travail sont peu respectés. Des textes récents ont recommandé l'abandon des poursuites pour l'usage simple de substances illicites.

Par ailleurs l'approche éducative qui tend à une appropriation de connaissances, à l'acquisition de capacités à résister à la pression en faveur des consommations, à l'élaboration collective de normes de consommation à faible risque, est gênée par l'interdit. De plus l'interdit d'un produit par ailleurs accessible et valorisé chez les adolescents peut accentuer le désir de transgression.

Diminuer l'usage pour prévenir l'usage nocif

S'il est nécessaire, et possible, d'agir spécifiquement sur l'usage nocif et les usages à risque, il convient également de se souvenir que la manière la plus efficace de diminuer ces usages à risques reste la diminution globale de l'usage.

En effet, il a été clairement démontré pour l'alcool et le tabac que l'incidence des dommages était parfaitement corrélée à la consommation nationale moyenne (loi de Ledermann – épidémiologie des complications du tabagisme) et que toutes les mesures permettant de diminuer la consommation nationale globale (augmentation du coût du produit, restriction d'accès, interdictions, blocage des importations) avaient des conséquences positives sur les complications liées à cette consommation.

Toutefois, ces mécanismes de contrôle doivent être en accord avec les systèmes et avec le comportement habituel de consommation, sinon ils présenteront plus d'effets dommageables que protecteurs de la collectivité ; et ceci que l'inadéquation du contrôle social le soit par défaut (absence de règles ou inapplicabilités des lois) ou par excès (surrépression).

La diminution de la consommation nationale globale est donc un bon indicateur d'actions positives pour la Santé publique. Une politique nationale visant à diminuer l'usage nocif de substances psycho-actives devra donc viser à diminuer la consommation nationale globale des différents produits.

Agir sur les consommations à risque en modifiant les comportements de consommation :

- éviter les risques situationnels ;
- apprendre à lutter contre les modalités de consommation à risques ;
- aider à maintenir une consommation modérée ;
- prévenir, réduire et traiter les dommages propres à chaque produit ;

Agir sur les déterminants et les complications psychologiques et sociales.

Si l'on se place au strict point de vue de la santé publique, chacune des substances psycho-actives ayant un potentiel réel de nocivité – plus

ou moins important selon les produits – la seule attitude cohérente, mais purement théorique, est la suppression des consommations. Cette attitude serait d'ailleurs cohérente avec le « principe de précaution » énoncé pour d'autres consommations. Il est bien évident que cette attitude théorique est inapplicable et que l'action politique concernant les substances psycho-actives est un subtil équilibre entre les plaisirs et les bénéfices individuels et sociaux liés à l'usage et les risques et dommages provoqués par l'abus.

Toutes les mesures spécifiquement consacrées aux contrôles des usages à risque seront globalement bien perçues par la population. Les mesures difficiles à prendre sont celles concernant l'usage simple.

Les principes d'une révision de la réglementation

Il paraît désormais nécessaire de reprendre les débats concernant aussi bien les actions de prévention que la réglementation et la législation concernant la consommation de substances psycho-actives. Ces débats devraient, à notre avis, être plus scientifiquement fondés qu'idéologiques. Ils devraient donc, pour cela, s'appuyer sur des connaissances objectives concernant les usages, les usages à risque, l'usage nocif et la dépendance. L'équilibre doit être trouvé entre les plaisirs et les bénéfices tirés d'un produit, la place sociale et les représentations de ce produit, et les risques réellement encourus. Il conviendrait que ce choix du niveau acceptable entre les bénéfices et les risques soit décidé par des acteurs avertis et éclairés, et que ceux-ci n'oublient pas que les plaisirs accordés à la grande majorité des usagers entraîneront forcément des dommages et des souffrances chez les plus vulnérables.

Le droit, en tant qu'ensemble de règles communes régissant des comportements des individus dans la société, ne définit pas in abstracto les limites et les interdits mais il édicte – sous forme d'interdictions et de sanctions à l'encontre des contrevenants – les interdits que se donne une société à un moment précis.

En d'autres termes, les règles du droit traduisent une volonté commune et sont l'un des moyens qu'a une collectivité pour tenter de garantir au mieux à la fois sécurité et solidarité à tous ses membres

Le groupe de travail considère que la réglementation des substances psychoactives tout en cherchant à protéger les personnes des produits dangereux et à préserver l'ordre public doit être définie en référence aux principes de santé publique suivants :

Diminuer l'exposition aux risques

Ces risques sont de mieux en mieux connus et différenciés selon les consommations (usage simple, usage nocif, dépendance) et selon les produits.

Ce que l'on sait également de mieux en mieux, ce sont les facteurs de circonstance et les modalités de consommations qui accroissent (ou au contraire minimisent) ces dangers. Les réglementations édictées doivent en tenir compte afin de pouvoir favoriser les auto-contrôles (c'est ce qui soutend par exemple les réglementations de la qualité des alcools ou, par ailleurs, l'accès donné aux seringues stériles ou encore la définition de références médicales pour la prescription de psychotropes). D'une manière générale, mais qui doit être réaliste, diminuer les risques liés aux substances psychoactives revient à diminuer l'exposition à ces substances. Néanmoins, il ne fait guère de doute que l'on ne peut prétendre en éliminer l'existence (ni même aujourd'hui le développement), d'autant que les êtres humains tirent aussi quelques bienfaits d'un bon nombre de ces substances. Si l'incitation à la consommation – en accroissant inconsidérément les attentes envers ces produits – est pour le moins à encadrer de façon stricte voire à interdire, vouloir empêcher toute consommation apparaît non seulement illusoire mais dangereux.

Pour ce qui concerne la prescription des médicaments psychotropes il semble qu'un gros effort de formation des médecins et de sensibilisation du public devrait être réalisé pour ralentir la surconsommation actuelle.

Respecter les libertés individuelles et empêcher la mise en danger d'autrui

Il faut pour cela distinguer ce qui, dans un comportement de consommation, met en danger autrui et ce qui n'est que du ressort de la liberté individuelle de modifier son état de conscience et d'en prendre les risques pour son propre compte. Par exemple la conduite d'engins sous l'effet de produits psychotropes provoquant une diminution des temps de réaction et une incoordination (ce qui est le cas de la plupart) est légitimement à traiter comme un délit dans la mesure où ce comportement met gravement en danger la vie d'autrui. Ce qui n'est pas le cas d'une consommation dans un cadre privé, y compris des substances réputées les plus « dures ». Aussi, la définition de toute consommation, dès lors qu'elle concerne certains produits, comme un délit (acte passible du tribunal correctionnel) ne paraît pas conforme au respect du droit des personnes et ne protège en rien contre une menace envers autrui.

Dans le même registre, les soins sous obligation doivent être motivés uniquement par le risque délictuel et veiller à ne pas provoquer de confusion entre contrôle social judiciarisé et traitement.

Protéger les mineurs

En effet, les enfants et jeunes adolescents sont à considérer comme une population en situation de vulnérabilité, et il est aujourd'hui très clair que pour tous les produits la précocité du début de consommation est un signe de conduite à risque et un des facteurs les plus importants de passage à la dépendance et de gravité de celle-ci.

La protection des mineurs justifie des interdictions spécifiques et des limitations imposées à la distribution des substances. Elle justifie également, à l'extrême, l'interdit de l'usage public.

Favoriser la responsabilisation des individus

La société démocratique est fondée sur la reconnaissance à l'individu – et spécialement pour ce qui touche à sa vie personnelle – de sa capacité à choisir. Le droit doit appuyer cette conception en n'intervenant que pour régir des domaines spécifiques de la vie en société. L'éducation familiale, scolaire, professionnelle, etc. devrait être axée sur un tel apprentissage. En ce sens, la prévention primaire devrait reposer sur toutes les formes d'activité qui permettent à l'enfant et à l'adolescent, dans le cadre scolaire notamment, d'acquérir et d'améliorer ses capacités d'analyse et de choix.

Favoriser l'accès aux informations, aux moyens de réduire les risques et de se soigner

Il s'agit là d'un aspect très important pour intervenir utilement en matière d'usage nocif comme on l'a vu. Cela suppose que les moyens soient donnés aux individus pour cette accessibilité.

Cela suppose aussi qu'il existe une véritable diversité des soins et un minimum d'égalité d'accès, quels que soient le type d'addiction et l'origine sociale ou géographique de l'usager. Dans ce but, la gratuité et l'anonymat des soins est un moyen d'accessibilité et d'équité qui est à préserver pour certains publics et certaines pathologies (l'exemple des CDAG pour le dépistage du Sida et des hépatites en est la démonstration).

Les personnes sous main de justice (en garde à vue, en prison, etc.) doivent avoir également accès à ces moyens de diminution des risques et de traitement. Sur ce plan, la police et la justice doivent jouer un rôle

d'incitation et d'accès aux soins, même en l'absence de moyens d'y contraindre l'utilisateur.

Donner de la crédibilité aux limites érigées par la collectivité au nom de la santé publique

Une loi pas ou très variablement appliquée ne constitue plus pour les individus un repère pour décider de ses conduites, mais décrédibilise l'ensemble d'une politique collective envers certains risques ou certains produits. La loi ne joue plus son rôle pédagogique.

Pour cela, il faut que la loi soit conforme aux données scientifiques disponibles et validées, et qu'elle tienne compte des pratiques sociales de consommation. Ces dernières peuvent être infléchies (c'est par définition l'objectif de toute politique de santé publique) et pour cela accompagnées, mais elles ne peuvent être abolies par la loi.

Ce type de principes généraux devrait présider à la définition d'un droit des substances psychoactives qui, en fonction des particularités de chacune d'elle (tenant à son profil de dangerosité pharmacologique propre et aux bénéfices – thérapeutiques, hédoniques et culturels – qu'elle peut apporter), devrait être décliné substance par substance dans ses modalités concrètes.

La réglementation doit s'appuyer sur les connaissances neurobiologiques, cliniques et épidémiologiques. Les mesures doivent être proportionnées à la dangerosité des produits en terme individuel et de santé publique : dangerosité aigue, risque de l'usage nocif et de la dépendance et morbidité induite par la consommation chronique.

La réglementation doit contribuer à prévenir les risques induits par la consommation sur les non consommateurs : violences, accidents, exposition passive.

Elle doit contribuer au développement d'un environnement favorisant un usage sans risque ou l'abstinence.

Elle ne doit pas contribuer à la stigmatisation ou à la discrimination des consommateurs.

Elle doit pouvoir être expliquée et appliquée si possible de façon relativement homogène selon les milieux sociaux, les zones géographiques et les produits en cause.

Toute nouvelle législation devrait être accompagnée de campagnes d'information et d'une vigoureuse politique de santé publique.

Bibliographie

1. Alcool et santé : rapport d'information. Assemblée nationale. Commission des affaires culturelles familiales et sociales. Mignon (Hélène), rapporteur. Paris, Assemblée nationale, Juin 1998, (Rapport n°983), 81 p.
2. Baudier (F.), Joussant (S.) Prise en charge des problèmes d'addiction. Tabac et alcool. In : Arenes (J.), Guilbert (P.), Baudier (D.), Baromètre santé médecins généralistes 98/99, Paris, CFES, 2000, 95-107
3. Berger (G.), Mauffret (M.), Rousseau-Giral (A.) (C.), Zaidman (C.) La loi relative à la lutte contre la tabagisme et l'alcoolisme : rapport d'évaluation, octobre 1999. Commissariat général du plan, Conseil national de l'évaluation. Paris, La Documentation française, 1999, 555 p.,.
4. Bergeron (H.) Soigner la toxicomanie : les dispositifs de soins entre idéologie et action. Paris, L'Harmattan, 1996, 255 p.
5. BIT, Bureau International du Travail. Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail. Genève : BIT, 1996.
6. Bulletin Officiel de l'Éducation nationale. Repères pour la prévention des conduites à risques, n°9, 4 nov 1999, 29-56
7. Department of Health. Sensible drinking. The report of an inter-departmental working group- Wetherby, Department of Health, 1995.
8. Edwards (G.) Alcohol policy and the public good. Oxford, World Health Organization, 1994.
9. Ferreol (G.) Adolescence et toxicomanie. Paris, Armand Colin, Coll. Formation des enseignants, 1999, 206 p
10. Haut comité de la Santé publique. La santé des Français. Paris : La Découverte, 1998.
11. Haut Comité de Santé publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, février 2000, Paris
12. Ingold (R.), IREP, OFDT. Ecsta, Trip, Coke et Speed. Approche ethnographique de la consommation d'ecstasy et de ses dérivés, les Méthylènedioxyamphétamines, ainsi que des autres drogues licites et illicites associées. Étude n° 16, Paris, OFDT, 1999, 123p
13. Kiritze-Topor (P.) Comment aider les alcooliques et ceux qui les entourent. Paris, MMI Ed., 1999, 273 p. ;
14. Lert (F.), Lert (H.) La stratégie de réduction des risques en actes : une étude de cas en Ile de France. convention de recherche n°94 v 0283, saint-maurice, inserm, 1998, 136 p.
15. Marlatt (G.) (A.)Harm reduction : pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. Réduction des dommages : stratégies sur le terrain pour prendre en charge les comportements à haut risque. New York, London, The Guilford Press, 1998
16. MILDT, Maestracchi (N.) Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999, 2000, 2001. rapport de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, paris, mildt, 1999, 109 p., Autre source de publication : Paris, La Documentation française, 2000, 226 p.
17. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Actes de la rencontre nationale sur la prise en charge des personnes toxicomanes à l'hôpital, vendredi 26 juin 1998. Paris, 149 p

18. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction générale de la santé, sous-direction de la santé des populations, bureau de la santé mentale des toxicomanies et des dépendances. Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 1997. Informations issues de l'exploitation du rapport-type, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, 28p
19. Morel (A.), Boulanger (M.), Herve (F.), Tonnelet (G.) Prévenir les toxicomanies. Paris, Dunod, 2000, (Thérapie, 319 p.)
20. Morgan (M.), Hibell (B.), Andersson (B.), Bjarnason (T.), Kokkevi (A.), Narusk (A.) The Espad study : implications for prevention. Etude de l'ESPAD : implications pour la prévention. Drugs Education, Prevention and Policy, 1999, 6, (2), 243-25
21. Nahoum-Grappe (sous la direction de) rapport du groupe de travail relatif à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs, DGS, ministère de l'Emploi et de la solidarité, juillet 2000, paris
22. Recours (A.) Politique de santé et fiscalité du tabac. Rapport à Monsieur Le Premier ministre, Paris, Mission parlementaire sur la fiscalité du tabac, 1999 ;
23. Reynaud (M.), Parquet (P.) (J.) Les personnes en difficulté avec l'alcool : usage, usage nocif, dépendance. Propositions. Rapport de mission 1998. Paris, CFES, 1999, 293 p.
24. Sueur (C.), Mission RAVE, Medecins du monde. Usages de drogues de synthèse (Ecstasy, LSD, Dance-pills, amphétamines,...) : réduction des risques dans le milieu festif techno. Recherche financée par la direction Générale à la Santé (DGS/SP3), Paris, Médecins Du Monde, 1999

Recommendations

Présentation des recommandations

Les différentes mesures que nous proposons sont dans la logique du plan triennal actuel ; mais **ces mesures prendront toute leur ampleur si elles s'inscrivent dans un nouveau plan triennal** dont elles devraient constituer un des axes forts, valorisant la diminution des risques et l'aide précoce, montrant ainsi la mobilisation de l'ensemble de la communauté politique et sociale.

Les mesures que nous proposons impliquent certes les acteurs sanitaires mais plus encore, pour être réellement effectives, l'ensemble de la communauté : il doit y avoir une véritable assimilation par l'opinion de cette nécessité d'identification et d'aide précoce et une mobilisation de tous les acteurs concernés.

Les actions de santé publique devraient couvrir les champs suivants :

- **Une action au niveau collectif diffusant une information sur l'échelle de risques.** Ceci afin de faire évoluer les normes d'excès, de créer des contextes favorisant des moindres consommations et de réduire les risques, de chercher précocement des réponses adaptées auprès des professionnels.
- **Des actions aidant l'entourage à repérer plus précocement et à mieux accompagner**

Objectif I

Un cadre de référence pour l'éducation pour la santé devrait être établi pour servir de base à une révision des programmes existants, à la formation des intervenants et à la définition et l'expérimentation de nouveaux modes d'intervention.

Les éléments à prendre en compte pour ce cadre de référence commun sont les suivants :

- ✓ La double approche par les conduites et par les produits
- ✓ Les échelles de risques
- ✓ La notion de processus temporel
- ✓ Les incitations à l'auto-évaluation et à l'auto-contrôle
- ✓ Les stratégies de modération
- ✓ Les recours possibles
- ✓ La responsabilité vis-à-vis d'autrui : soutenir, aider, ne pas exposer

Le contenu détaillé de ce cadre reste à construire par la DGS, le CFES et la MILDT à partir des données du présent rapport en fonction des stratégies de communications adoptées

Compte-tenu de la diversité des situations, des contextes et des risques à envisager, il faut envisager un programme de communication de longue durée qui permet de sérier les messages dans une cohérence globale. Toute communication sur les risques doit comporter des modes de résolution ou de gestion des difficultés.

- **L'amélioration de l'accessibilité et la qualité de la réponse professionnelle de proximité : médecine générale, sages-femmes, travailleurs sociaux, personnels enseignants et d'encadrement ;**
Ceci implique :

- La prise en compte de la question de substances psychoactives dans les interventions sociales au niveau collectif et au niveau individuel, grâce à **la formation des professionnels : éducatifs, sociaux et du**

Objectif II

milieu du travail.

- **Une action auprès des professionnels de santé (médecins généralistes, médecins du travail, médecins scolaires, médecins sportifs)** dans les différents contextes d'exercice pour qu'ils connaissent les échelles de risque, prennent en compte les usages de produits et évaluent les risques individuels, sachent mener des prises en charge courante avec des outils adaptés, réalisent certains actes de conseil ou de soutien, sachent orienter les personnes motivées et ayant besoin d'une aide vers des services spécialisés. Ceci suppose aussi une action sur les attitudes des professionnels. **Objectif III**

- **La définition de ce qui relève des services spécialisés et l'adaptation de leurs réponses en ce qui concerne l'usage nocif.** **Objectif IV**

Ces services spécialisés ont vocation à participer et à animer les réseaux de soins addictologiques qui sont la réponse organisationnelle la plus adaptée à ces pathologies ; seule cette organisation permet valablement de soutenir les trois premiers objectifs.

- **L'adaptation de la législation et la réglementation pour atteindre les objectifs fixés.** **Objectif V**

La réglementation doit s'appuyer sur les connaissances neurobiologiques, cliniques et épidémiologiques. Les mesures doivent être proportionnées à la dangerosité des produits en terme individuel et de santé publique : dangerosité aiguë, risque de l'usage nocif et de la dépendance et morbidité induite par la consommation chronique.

Ceci est la seule façon de donner de la crédibilité aux limites érigées par la collectivité au nom de la santé publique.

Elle doit :

- ✓ contribuer à prévenir les risques induits par la consommation sur les non consommateurs : violences, accidents, exposition passive.
- ✓ diminuer l'exposition aux risques
- ✓ respecter les libertés individuelles et empêcher la mise en danger d'autrui
- ✓ protéger les mineurs
- ✓ favoriser la responsabilisation des individus
- ✓ favoriser l'accès aux informations, aux moyens de réduire les risques et de se soigner
- ✓ contribuer au développement d'un environnement favorisant un usage sans risque ou l'abstinence
- ✓ pouvoir être expliquée et appliquée si possible de façon relativement homogène selon les milieux sociaux, les zones géographiques et les produits en cause.

Elle ne doit pas contribuer à la stigmatisation ou à la discrimination des consommateurs

Toute nouvelle législation devrait être accompagnée de campagnes d'information et d'une vigoureuse politique de santé publique.

Parallèlement la réglementation doit favoriser la diminution globale de l'usage car sur le plan épidémiologique (références P145-146) la fréquence des usages nocifs est corrélée aux quantités globalement consommées

- **Une mobilisation locorégionale afin de permettre une application, volontariste et évaluée adaptée au terrain, de cette politique de Santé publique.** **Objectif VI**

La mise en œuvre de ces actions de prévention, de formation, d'organisation du dispositif de soins, d'application des lois et règlements

doit être déclinée de façon locorégionale afin de mobiliser la communauté sociale et d'adapter les réponses aux besoins et aux possibilités du terrain.

La mise en œuvre d'une véritable stratégie d'application et d'accompagnement des politiques publiques est tout particulièrement nécessaire dans ce domaine.

Une évaluation de cette politique devra être effectuée afin d'en apprécier la mise en œuvre et l'efficacité.

- **Sans oublier, évidemment, l'incitation au développement de recherche dans ce nouveau champ** **Objectif VII**

Remarques

Notre groupe a été constitué pour répondre aux demandes du directeur général de la Santé :

- définir les critères permettant de repérer un usage nocif de substances psychoactives
- propose une conduite à tenir validée et des éléments de bonne pratique, simples et utilisables par les acteurs de terrain.

Constitué d'experts médicaux et de Santé publique, il a évalué au mieux des connaissances actuelles, les éléments diagnostiques, cliniques et biologiques et chacune de nos propositions dans ces domaines est parfaitement argumentée : ceci concerne essentiellement les objectifs 2, 3, 4 et 7.

Mais il est rapidement apparu qu'une action purement « médicalisée » n'aurait qu'une efficacité limitée : une grande part de l'efficacité de nos propositions sera liée à une action sur les représentations sociales qui se traduira par des prises de position politiques et des modifications législatives.

Or il est bien évident que les propositions concernant l'information générale (objectif 1) et les modifications de la législation et de la réglementation (objectifs 5 et 6) ne sont que des pistes de réflexion qui devront être validées et retravaillées avec les experts et les ministères « ad hoc »

Objectif I

Modifier les représentations sociales de l'usage nocif et des usages à risque

I – Promouvoir et diffuser les connaissances

1. Promouvoir et diffuser les concepts de :

- usage social ;
- usages à risques ;
- usage nocif ;
- dépendance ;

pour harmoniser et clarifier les représentations dans la population, chez les consommateurs et chez tous les professionnels

Références p. 19 et s.

Insister auprès des professionnels des champs sociaux, éducatifs et sanitaires sur l'importance du repérage précoce avant la dépendance

2. Insister tout particulièrement sur les différents indicateurs d'usage à risque

- usage à risque situationnel « Quand ? »
- modalités d'usage à risque « Comment ? »
- usages à risque quantitatif « Combien ? »

Références : les usages à risque p. 31 et s.

3. Promouvoir les notions

- de « seuil de prévention » OMS
- de « seuil d'intervention »
- en ce qui concerne l'alcool, continuer à expliquer les équivalents de consommation en verre.

Références p. 45 et s.

4. Promouvoir et diffuser les risques de dommage

Ceci implique **de constituer et de rendre visible des échelles de risques qui peuvent servir de base commune à l'information du public, à la formation des professionnels et qui peuvent contribuer à faire évoluer les représentations et les normes sociales.**

Ces échelles de risque doivent clairement mettre en relation les niveaux et les situations de consommation et les risques :

- risques aigus (de type psychique, somatique ou comportemental) ;
- risques d'évolution vers la dépendance, risque de pathologies liées à la durée et l'intensité de l'exposition ;
- risques pour soi et pour autrui (exposition passive, risque pour le fœtus, violence).

Références :
**les risques de dommages liés à la consommation
de substances psychoactives p. 45 et s.**

5. Promouvoir et diffuser l'information sur les stratégies d'aide

L'information doit être accompagnée de messages clairs sur les possibilités de contrôler l'usage nocif ou d'en prévenir les risques par l'individu lui-même, avec l'aide de ses proches ou de l'entourage immédiat, ou avec l'aide des professionnels.

Références : les stratégies d'aide p. 28 et s.

6. Faire admettre que l'usage nocif est toujours, au-delà des risques spécifiques liés aux produits consommés, l'interaction entre un produit, un individu et un environnement

- Diffuser les connaissances
- ✓ sur les facteurs de risque individuels

Références p. 28 et s.

- ✓ et sur les facteurs de risque liés à l'environnement.

Références p. 28 et s.

II – Promouvoir et diffuser les outils de repérage précoce

- **Savoir évaluer plus précisément les caractéristiques de l'usage nocif des différents produits. *page* ➤ Outils ➤ Outils permettant de repérer l'existence d'un usage nocif :**

- le CRAFFT chez les adolescents (à valider)
- le questionnaire ABUS du DSM IV ;

➤ Tests courts spécifiques

- pour l'alcool CAGE/DETA
- pour le tabac : short tabac test (validé)

– le CAGE Cannabis (à valider)

➤ **Outils permettant d'affiner l'évaluation : tests détaillés**

– pour le tabac : le test de FAGERSTROM

– pour l'alcool : l'AUDIT

– le questionnaire d'autoévaluation Cannabis (à valider)

– le questionnaire d'autoévaluation autres substances (à valider)

Nous proposons là des outils validés sur le plan international (à l'exception de la grille d'évaluation des psychostimulants) La plupart sont déjà validés en France (l'exception du CRAFFT et des tests d'autoévaluation de la consommation de cannabis : nous recommandons de faire valider ces tests en français).

Références p. 93 et s.

III – Susciter la demande d'aide et développer le rôle de l'entourage

La perception et la reconnaissance sociale de l'usage nocif est le préalable absolu pour favoriser une demande d'aide précoce et pour légitimer les propositions et actions d'aide de l'entourage. Les propositions d'aide pourront alors venir de la famille, des amis, de l'entourage professionnel ou sportif ou associatif.

Cette aide de l'entourage aura d'autant plus de force et d'efficacité que le cadre général familial, professionnel ou sportif favorisera et renforcera ce type d'actions.

De même la politique globale de l'État et des représentants de la population vis à vis de l'usage nocif et des usages à risque des différentes substances psychoactives doit être cohérente. Elle doit assurer un cadre qui rende légitimes les propositions d'aide (d'où l'importance des propositions de l'objectif V).

1) susciter la demande d'aide grâce à des actions adaptées d'éducation pour la santé.

◆ **Communiquer en direction de la population générale**

Le repérage de l'usage nocif s'effectuera d'abord par les individus eux-mêmes, par leur entourage ou avec l'aide des professionnels. C'est un processus à la fois individuel et collectif. L'information, la communication et l'éducation pour la santé doivent contribuer à faire évoluer les normes d'excès, à favoriser des pratiques permettant le contrôle des risques, à permettre aux individus de reconnaître leurs

consommations comme excessives et de mettre en œuvre seuls, avec l'aide de leur entourage et, si nécessaire, des médecins des moyens de mieux maîtriser leurs consommations et ses risques. Cette communication s'appuiera sur la diffusion des concepts, des connaissances et des outils détaillés ci-dessus.

◆ **Communiquer également en direction des publics cibles**

La communication doit s'appuyer sur les processus d'identification. Il convient d'identifier des groupes cibles (jeunes, femmes enceintes, milieu du travail, sport intensif...), des produits, des situations et des risques associés (par exemple : tabac-cannabis pour les adolescents, alcool/produits excitants et fêtes chez les jeunes, alcool et sociabilité pour les adultes, tabac *et* alcool chez les adultes, substances et conduite automobile, produits et risques sexuels etc...) et d'adapter spécifiquement la consommation à partir du cadre de référence à ces publics et à leurs pratiques.

Références p. 209 et s.

2. Préciser les rôles possibles de l'entourage

Les rôles de l'entourage consistent :

- tout d'abord à ne pas exposer ;
- à informer de façon juste et crédible ;
- à repérer le plus tôt possible les usages à risque et l'usage nocif ;
- à promouvoir la modération ;
- à indiquer les recours possibles ;
- et à soutenir et aider pendant la période difficile de modification des consommations.

Objectif II

Favoriser l'intervention des professionnels éducatifs, sociaux et du milieu de travail

I – Promouvoir et diffuser les connaissances nécessaires à ces acteurs

Développer les actions de sensibilisation et de formation de ces personnels

Il conviendra de s'appuyer sur les concepts, les connaissances et outils détaillés dans l'**Objectif I** en les complétant par les données nécessaires à leurs pratiques.

Ces actions doivent concerner également les professionnels de secteurs éducatifs et d'animation travaillant en dehors du champ scolaire : centres sportifs, culturels, éducatifs, associatifs.

II – Favoriser l'intervention précoce avec les adolescents

Aider les jeunes passe également par le soutien des adultes qui sont à leur contact et constituent leur appui essentiel, que ce soit les parents ou les différents intervenants médicaux et sociaux.

Pour les jeunes et les familles

◆ **Continuer à mettre en place des lieux d'accueil des jeunes et de leur famille**

Le rôle familial déterminant nécessite d'envisager un soutien global en cas de crise, avec information soutien et aide simultanée aux jeunes et aux parents.

✓ **Lieux d'accueil et d'information des jeunes et des familles**

Trois circulaires (circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans ; circulaire n° 97/280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points d'écoute pour les jeunes et/ou les parents ; Circulaire n°99/153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des familles) préconisent la création de lieux d'accueil et d'écoute et rappelle le rôle fondamental de la famille auprès des jeunes et dans le maintien de la cohésion sociale.

✓ **Des lieux d'accueil pour personnes en difficultés**

✓ **Des lieux d'accueil polyvalents.**

✓ **Des maisons de santé pour les jeunes**

◆ **Développer le soutien par l'écoute téléphonique : « Fil santé jeune », « Drogue, alcool, tabac info service », « SOS amitié », « Tabac info service »**

Références p. 213

Dans le cadre de l'Éducation nationale

◆ **Adapter les réponses selon le B.O. n° 9 – nov. 1999.)**

Augmentation du personnel d'encadrement éducatif et médicosocial (CE, CPE, Médecins, Infirmières et psychologues

scolaires) afin que l'Éducation nationale puisse pleinement jouer son rôle d'éducation à la santé et à la citoyenneté

- ◆ Inciter à la mise en place des commissions de suivi *Références*
- ◆ Mettre en réseau ces commissions de suivi avec les agents des secteurs de soins, généralistes et spécialistes (notamment les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile) et les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- ◆ Renforcer les actions des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Références p. 221

Améliorer les réponses dans les lieux festifs

Références p. 215

III – Favoriser l'intervention précoce chez les adultes

Améliorer les réponses au niveau des travailleurs sociaux

La prise en compte des consommations doit être traitée parallèlement aux difficultés psychologiques et sociales.

Les professionnels du secteur social ou éducatif devraient systématiquement envisager la question des consommations de substances psychoactives, dans leurs actions au niveau d'individus ou de groupes en situation de vulnérabilité car les moments de rupture ou les difficultés sociales s'accompagnent souvent d'une aggravation de la consommation de substances psychoactives. Cette adaptation par le recours aux substances psychoactives doit inciter les éducateurs ou les travailleurs sociaux à renforcer les autres éléments d'intervention susceptibles de favoriser des ajustements moins risqués pour les individus et les familles. Mais, pour que les travailleurs sociaux puissent s'intéresser aux comportements de consommation et agir, ils doivent pouvoir s'appuyer sur des professionnels de santé compétents et motivés. Et donc connaître les praticiens et les lieux réellement compétents. Ceci implique qu'ils soient intégrés dans un réseau de soins addictologiques.

Mettre en place une politique globale d'entreprise ou d'établissement à l'égard de l'usage nocif des substances psychoactives, afin de rendre plus aidant le milieu de travail

- ◆ Pour être efficace, la politique concernant les consommations de substances psychoactives, doit mobiliser, outre la médecine du travail, la direction et les représentants des personnels (syndicats et CHSCT).
- ◆ **Vérifier l'application de la législation existante sur le tabagisme au travail**
- ◆ **Les stratégies pour mener une politique de prévention des problèmes liés à l'alcool dans l'entreprise**
 - aborder le sujet et ne plus en faire un tabou sans oublier la notion de plaisir ;
 - éviter toute moralisation et toute culpabilisation ;
 - travailler sur la culture de l'entreprise afin d'apprendre à respecter la non-alcoolisation, et, en cas de consommation, valoriser la modération.
- ◆ **La médecine du travail doit pouvoir proposer :**
 - *une action préventive*, qui s'adresse à tous les salariés, qu'ils aient ou non des difficultés avec l'alcool, le tabac et les autres substances psychoactives.
 - *une réponse curative pour des cas individuels* et notamment dans le diagnostic précoce des abus d'alcool (orientation), ainsi que pour favoriser une reprise à la suite d'un arrêt de travail. Les médecins du travail doivent connaître et appliquer, pour ce qui est de leur compétence les outils et stratégies décrits pour les professionnels de santé.
 - *une orientation* sur un professionnel ou une structure du réseau de soins.

Objectif III
Qualifier les professionnels de santé
au repérage et à l'aide précoce

Former et mobiliser les équipes médicales de proximité

Tout médecin devrait parfaitement connaître la conduite à tenir en cas d'usage à risque, d'usage nocif ou de dépendance ; il devrait savoir manier le conseil, la thérapie brève ou la prise en charge psychologique. Ceci concerne aussi bien l'aide qu'il doit apporter aux adultes qu'aux adolescents. Il doit aussi savoir quand, et sur quels critères il doit confier le patient à des services plus spécialisés qu'il s'agisse d'intervenants (alcoologie, toxicomanie, tabacologie) ou d'unités spécialisées en addictologie ou qu'il s'agisse de

structures médico-psychologiques (psychiatre libéral ou public, Centre médico-psychologique adultes ou infanto-juvéniles).

Ceci concerne :

- les généralistes, évidemment en tout premier lieu ;
- la médecine scolaire (médecin scolaire, infirmière, psychologue et éventuellement l'assistante sociale) ;
- la médecine du travail (médecin du travail, infirmière et éventuellement psychologue et assistante sociale) ;
- les services d'urgence ;
- sans oublier d'améliorer les réponses dans les services d'urgence pédiatrique.

I – Faciliter l'accès des professionnels de santé aux outils diagnostiques et thérapeutiques

- ◆ **Fabrication et diffusion de plaquettes, livrets et ouvrages d'information sur l'usage nocif, les outils de repérage, les stratégies de prise en charge**
- ◆ **Facilitation de l'accès au dosage de la CDT (pour le diagnostic d'usage nocif d'alcool : Inscription de la CDT à la nomenclature générale)**

À l'heure actuelle, seule la CDT par RIA est remboursée, et quelques très rares laboratoires sont habilités à ce dosage. La diffusion et surtout le remboursement du test CDT individuel doit être une priorité dans la mesure où il s'agit du meilleur marqueur pour un repérage précoce de l'abus d'alcool.

Références p. 114 et s.

- ◆ **Le dernier point important reste la diffusion de ces connaissances et la formation à ces outils**

Leur mise en pratique entraînera très vraisemblablement, étant donné la validation de leur efficacité, une amélioration de l'état de nombreux patients et un bénéfice net pour la santé publique.

Mais pour cela un effort très important de formation est nécessaire :

- dans la formation initiale des médecins, des infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux....
- dans la formation continue des médecins, des infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux....

Ceci peut se faire :

➤ **Soit à l'aide de programmes de formation courts et valides** (du type de « Nicomède » pour le tabac, du programme OMS « Boire moins, c'est mieux » pour l'alcool.

Toutefois ces formations restent encore trop peu répandue et devraient être incluses dans la FMC obligatoire.

➤ **Soit à l'aide de formations plus approfondies de type diplôme universitaire ou capacités** pour les acteurs sanitaires et sociaux souhaitant avoir une implication forte dans les réseaux addictions.

➤ Il convient également **d'augmenter le nombre d'inscrits au DESC d'addictologie** qui permet la formation de spécialiste de haut niveau pour les soins, l'enseignement et la recherche : un nombre de spécialistes suffisant sera le garant du maintien et du développement de cette pratique.

La diffusion de ces outils doit reposer sur **un plan de formation précis et de grande envergure**, adaptés aux différents acteurs à former, à leurs besoins et à leurs missions. Cette stratégie volontaire doit être portée par la MILDT, la DGS, le CFES et l'Éducation nationale.

II – Promouvoir les éléments de repérage précoce

◆ **Interroger systématiquement sur les consommations de psychotropes et savoir préciser les caractéristiques de la consommation de psychotropes**

- risques situationnels, « quand ? »
- modalités de consommation, « comment ? » ;
- quantité consommée, « combien ? »

➤ **Savoir repérer l'existence de l'usage nocif et savoir utiliser les tests de repérage adapté**

(CRAFFT ; Abus DSM V, CAGE, AUDIT, FAGERSTRÖM, autoquestionnaire cannabis)

➤ **S'appuyer sur la clinique pour le diagnostic**

- connaissance et appréciation des dommages
- connaissance des signes cliniques de l'abus d'alcool
- connaissances des signes cliniques de l'abus de cannabis

➤ **Compléter éventuellement par les marqueurs biologiques**

- alcool : CDT+GGT
- tabac : dosage de CO

◆ **Savoir évaluer les facteurs de risque et de gravité**

➤ individuels (I)

➤ environnementaux (E).

Il s'agit d'éléments diagnostiques et pronostiques nécessitant une prise en charge adaptée.

◆ **Et pour résumer : savoir faire une évaluation globale :**

- de la consommation et des conduites addictives associées
- des complications médicales
- des conséquences psychologiques et psychiatriques
- des conséquences sociales et de la qualité de vie
- de la motivation à changer sa consommation

Références p. 93 et s.

III – Promouvoir les stratégies de prise en charge des usages à risque et de l'usage nocif

1) *Pour tous les médecins*

◆ **En ce qui concerne les usages à risque**

- information sur le produit, ses conséquences et les risques encourus
- conseil d'arrêt ou de modération ⇒ formation au conseil
- entretien de motivation (éventuellement ⇒ formation aux entretiens de motivation)
- accompagnement individuel et familial (si nécessaire)

◆ **En ce qui concerne l'usage nocif**

- Interventions brèves ⇒ formation aux interventions brèves
 - Techniques décrites, codifiées, évaluées
- Action forte centrée sur le comportement de consommation.

Indications : sujets n'ayant pas de problématique psychologique ou sociale importante

2) *Pour les médecins plus impliqués dans la prise en charge addictologique*

- actions spécifiques ⇒ formation aux thérapies cognitivo-comportementales adaptées aux addictions
- prise en compte de l'ensemble de la problématique médico-psychosociale
- doivent se compléter d'interventions psychologiques et sociales :
 - chez les jeunes consommateurs : pour les adolescents la banalisation n'est pas de mise

- facteurs sociaux ⇨ prise en charge sociale
- facteurs de risques familiaux ⇨ guidance parentale
- facteurs sociaux ⇨ recours à d'éventuelles mesures de protection d'un mineur

Une attention spécifique devra être portée

◆ **à l'usage des substances psychoactives pendant la grossesse**

- Information systématique par le biais de campagne nationale et d'information individuelle
- Recherche systématique de consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes
- Proposition systématique d'aide à l'arrêt de la consommation
- Envoi possible sur un médecin compétent en addictologie (équipe de liaison ou réseau)

◆ **à l'usage de substances psychoactives chez les sujets souffrant de troubles mentaux**

- Information systématique sur les dangers encourus
- Formation des médecins et des psychiatres sur la particulière gravité de l'association entre les troubles mentaux et la consommation de substances psychoactives et sur les stratégies à adopter
- Envoi possible sur un médecin compétent en addictologie

◆ **à l'usage de substances psychoactives chez les adolescents**

- ⇨ action concertée entre le généraliste, le « psy », les adultes proches de l'adolescent : (parents, commission de suivi....)
- en cas de problème psychologique ou social : plus les facteurs de risques sont nombreux, plus leur traitement préalable s'impose.
- facteurs de risques individuels ⇨ abord psychothérapeutique
- facteurs de risques familiaux ⇨ aide familiale

Objectif IV

Adapter les dispositifs d'aide et de prise en charge pour une meilleure prise en compte de l'usage nocif

À l'heure actuelle le dispositif de soins est essentiellement organisé, à l'instar des médecins, pour la prise en charge des dépendants. La prise en charge des sujets ayant un usage nocif ne nécessite en général pas d'hospitalisation, mais nécessite, par contre, des **praticiens de proximité** (médecins généralistes, urgentistes, médecins du travail, médecins scolaires....) **formés et pouvant clairement s'appuyer, en aval, dès que cela est nécessaire sur des addictologues compétents.**

D'où l'importance de développer ces équipes transversales, capables de former des praticiens de proximité et de prendre en charge lorsque cela est nécessaire

I – Mettre en place une organisation de soins cohérente et coordonnée

Promouvoir réellement un travail en réseau

- Si l'on admet qu'il est capital de repérer précocement, d'orienter de la façon la plus adaptée possible, d'intervenir au mieux de ses compétences, d'éviter de perdre de vue les patients et de limiter les rechutes, la seule organisation cohérente est la mise en réseau des différents partenaires. Ceci est d'autant plus important que les **acteurs les mieux placés pour repérer précocement (acteurs sociaux, médecins généralistes, médecins du travail) sont ceux qui se sentent les moins compétents dans ce domaine et les plus isolés. Il convient donc de les convaincre de leur rôle fondamental et de les aider à l'assumer en leur permettant de s'appuyer sur une organisation cohérente permettant des réponses graduées.**

✓ **Le système le plus adapté doit donc être conçu comme la mise en réseau de trois types de ressources : des Centres médico-psycho-sociaux, des Services hospitaliers et des Réseaux d'acteurs locaux.** Ces trois types de partenaires existent déjà sous différentes formes et de façon inégale selon les départements et selon les secteurs.

Chaque secteur sanitaire devrait disposer d'au moins un réseau d'addictologie de proximité

✓ **Un réseau de soins addictologique permet de :**

- Coordonner autour des patients l'ensemble des acteurs concernés par les soins en addictologie pour améliorer l'efficacité et l'efficience des prises en charge

- Optimiser l'accès aux soins des usagers de substances psycho-actives

- Accueillir, diagnostiquer, traiter et accompagner de façon globale, multidisciplinaire et interactive ces personnes (l'accompagnement global d'une personne comprend des aspects thérapeutiques, sociaux et éducatifs), y compris par la prise en charge de toutes les conduites addictives

- Accroître la compétence individuelle et collective des intervenants et des partenaires du réseau

- Respecter les principes éthiques, notamment les préférences des personnes prises en charge

- Coordonner les acteurs de la prévention en addictologie
- Mettre en place des pratiques et des procédures d'évaluation de la qualité des soins

II – Développer les équipes spécialisées

Ces équipes spécialisées serviront de référence pour les réseaux de soins addictologiques

Il est nécessaire pour tous acteurs des réseaux de soins de pouvoir avoir recours, en cas de besoin, à des spécialistes compétents. Ils sont le complément indispensable pour former et appuyer les acteurs de premier niveau et pour prendre en charge les pathologies addictives complexes, notamment celles qui sont intriquées à des problématiques psychiatriques et sociales.

La mobilisation, la formation et le soutien des hospitaliers et notamment des urgentistes sont du ressort des équipes de liaison, celle des généralistes, de la médecine scolaire et du travail sont du ressort du réseau addictologique (ce qui implique leur existence en nombre suffisant et sans doute aussi de nouvelles formations et habitudes de travail).

À l'hôpital

Améliorer et adapter les réponses hospitalières : développer les équipes de liaison

Les objectifs qui leur sont assignés en matière d'usage nocif sont donc :

- **Savoir repérer, traiter et organiser le suivi des pathologies addictives**

- repérer et dépister les comportements d'abus des personnes se présentant aux urgences ou hospitalisées, en raison des manifestations cliniques liées aux comorbidités. Une attention particulière doit être portée aux jeunes et aux femmes enceintes ;

- proposer aux personnes pour lesquelles une conduite addictive a été identifiée, un bilan, une prise en charge spécifique, une orientation ; organiser un suivi médico-psycho-social ;

- **Répondre à la demande addictologique aux urgences**

- considérer toute ivresse aux urgences comme symptomatique d'un usage nocif, nécessitant la proposition et la mise en place de stratégies thérapeutiques (cf. R.P.C. ANAES)

- proposer systématiquement une consultation d'addictologie à chaque personne ayant présenté une conduite d'usage nocif se présentant dans un

service d'urgence : ivresse, tout accident ou tout traumatisme lié à la conduite automobile, ou domestique, ou de travail ou autre avec alcoolisation ou consommation de substances, tentative de suicide avec alcoolisation, troubles de la conscience, etc. Une attention particulière sera portée aux personnes en grande précarité

- Pour répondre à ces objectifs il est nécessaire afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes présentant une conduite d'usage nocif ou un comportement de dépendance, que soient renforcées ou créées des équipes de liaison et de soins en addictologie. **L'équipe d'addictologie de liaison est l'élément de base de l'ensemble du dispositif** qui assure la totalité des missions définies par les circulaires DH/EO d'avril et de septembre 2000 (dépistage, orientation, soins, ainsi que la formation et la mise en place d'une politique pour l'établissement. **Ces équipes doivent pouvoir répondre aux besoins exprimés en alcoologie, tabacologie et toxicomanie dans l'établissement. Le travail de liaison effectué par des équipes de liaison et de soins en alcoologie, toxicomanie et tabacologie doit, à terme, être rapproché et décloisonné. L'importance de ce travail de repérage et de soins précoces doit être évaluée et prise en compte dans la constitution de ces équipes, à l'heure actuelle encore insuffisantes en nombre et en moyens, ne serait-ce que pour répondre aux problèmes de dépendance.**

Dans la communauté

Améliorer et adapter les réponses spécialisées médico-psycho-sociales

Les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) ont pour vocation la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des personnes ayant des difficultés en raison de leur consommation d'alcool et/ou de drogues illicites. À l'heure actuelle, il est question d'une organisation administrative commune de ces centres (devenant des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) dont les missions seraient élargies à l'ensemble des conduites addictives.

Quoi qu'il en soit, il entre d'ores et déjà dans les missions de ces établissements le diagnostic, l'orientation et la prise en charge des usages nocifs. Néanmoins, ils ont été jusqu'ici essentiellement focalisés sur la prise en charge des personnes dépendantes (alcoolo-dépendants et héroïnomanes principalement), l'élargissement des orientations vers les usages nocifs implique donc un certain nombre d'adaptations, dont la première est probablement la formation des intervenants spécialisés sur ces questions (*cf.* Objectif III), mais ces adaptations exigent également

des moyens nouveaux. Car il s'agit d'accroître la palette des services et des structures et non d'en substituer de nouveaux à la place des anciens.

• Développer les actions de proximité des Centres spécialisés

Il s'agit en effet d'aller vers les usagers plutôt que d'attendre qu'ils viennent dans des lieux souvent déjà connotés « alcoolisme » ou « toxicomanie ». Cela nécessite donc de déployer des actions intra-communautaires, c'est à dire adaptées à des contextes d'usage, à des contextes culturels et à des situations locales (quartiers en difficulté, milieu carcéral, etc.). Cela suppose que les Centres disposent d'une réelle **capacité d'innovation et d'expérimentation**.

Assurer le diagnostic, l'orientation et – éventuellement – la prise en charge des personnes présentant des consommations à risque correspond en partie aux objectifs attribués aux **Points Écoute Jeunes**. Toutefois, ceux-ci se sont trouvés confrontés jusqu'ici à des ambiguïtés quant à leur mission (dont est exclue théoriquement toute action de prise en charge), à la faiblesse et à la fragilité de leurs moyens.

Le développement de ces Points Écoute selon des formes adaptées nécessite donc que soit revu leur cahier des charges et que leur intégration dans le dispositif spécialisé soit mieux établie.

Le même type **d'action de contact, d'écoute et d'aide à la réduction des risques** doit s'orienter spécifiquement sur certaines populations très désocialisées (« structures à bas seuil ») et dans les lieux festifs.

• Développer les structures d'accueil et d'aide à bas seuil

L'intervention auprès de populations cumulant de graves difficultés sociales, matérielles et, souvent, psychologiques et médicales ne saurait se limiter à la seule problématique des usages nocifs de substances psychoactives même si ceux-ci sont extrêmement fréquents. D'autant que ces usages font partie bien souvent d'un style de vie et de stratégies pour supporter les difficultés de vie. Néanmoins **la réduction des risques liés à ces usages nocifs (d'alcool, de médicaments et de drogues illicites)** fait partie des préoccupations de survie de ces personnes. Aussi, les structures d'accueil doivent apporter des services dans ces domaines (matériels d'injections stériles, informations et conseils, etc.), s'intégrant dans un ensemble d'aides à l'insertion minimale (laverie, douches, soins infirmiers, hébergement d'urgence, etc...) et dans les conditions d'accueil les plus souples possibles.

Les structures répondant à ces objectifs sont les « boutiques », les « sleep'in », des « bus-échange-prévention », mais aussi des équipes de

rue qui sont souvent les seules à même de nouer des contacts avec des jeunes en errance totale et avec des habitants de squats ou des personnes en situation irrégulière. Ces équipes et structures doivent également jouer un rôle dans la médiation entre les habitants et les usagers, c'est pourquoi de telles actions doivent s'inscrire dans des politiques locales et dans le cadre plus général de la politique de la ville.

• Développer les interventions dans les lieux festifs

Comme l'a montré le rapport de la mission Rave de Médecins du Monde (Sueur & al.) ?, 1998), l'un des problèmes repérés dans les lieux festifs – particulièrement de la mouvance « techno » mais cela s'applique aussi aux discothèques et aux « milieux de la nuit » – est le manque d'information sur la nature, la qualité et les risques propres à certaines consommations et certaines associations fréquentes dans ces lieux (alcool-cannabis, ecstasy-alcool, amphétamines-opiacés, etc.). Ce manque d'information touche souvent les jeunes les plus en risque vis-à-vis de ces consommations c'est-à-dire ceux qui cumulent des difficultés psychoaffectives et sociales.

Les **diffusions d'informations**, les **actions de réduction des risques** (respectant le cahier des charges élaboré sous l'égide de la MILDT), et autres modalités d'approche sont donc une priorité pour :

- faciliter l'accès à des modalités d'auto-observation et d'auto-évaluation de la consommation ;
- faire connaître les symptômes susceptibles d'être repérés ;
- inciter les usagers à en parler dès l'apparition des troubles ;
- renseigner sur les possibilités de rencontre et les adresses des lieux où trouver des aides professionnelles adaptées (notamment pour l'écoute et le soutien psychologique).

Pour une réelle efficacité de telles actions d'information, de réduction des risques et d'accès aux soins, il paraît nécessaire de favoriser, encourager et soutenir la prise en charge de ces actions par les **groupes d'auto-support**.

Des actions de prévention de la **conduite automobile** sous l'effet de ces substances (en particulier bien entendu l'alcool) sont également à développer.

Par ailleurs, il est nécessaire de favoriser la présence sur les événements festifs, d'antennes sanitaires mobiles (Croix-Rouge, Pompiers, Protection Civile), afin de parer aux urgences sanitaires comme dans toute manifestation publique de masse.

• Faciliter l'accès aux soins spécialisés

Les services spécialisés peuvent orienter leurs pratiques dans plusieurs directions :

- **développer les compétences des professionnels** dans les lieux déjà existants (spécialisés ou non) par des actions de formation et **constituer des réseaux d'acteurs de santé** opérationnels ;
- **créer des dispositifs thérapeutiques expérimentaux** accueillant sans difficulté (c'est-à-dire souvent sans délai excessif) ce type d'usagers et pouvant traiter les troubles associés, notamment psychopathologiques (dysphories, états d'angoisse aiguë...) ;
- dans le cadre d'obligations de soins (par exemple suite à une infraction au code de la route pour ce qui est de l'alcool ou d'un « classement avec orientation » pour le cannabis), **définir un protocole de co-évaluation de la consommation** avec l'usager et un éventuel projet individuel de modification de celle-ci ;
- participer à **la création de lieux d'accueil intermédiaires** entre le temps de la fête et celui du soin et permettant de conserver un contact avec les participants aux événements festifs ;
- offrir des services compétents pour le **traitement des co-addictions** (tabagisme en particulier).

Constituer des réseaux d'aide médico-psychologique pour les adolescents

L'irruption de la pathologie psychique spécifique des adolescents sur la place publique a entraîné une série de textes et de rapports qui soulignent la nécessité d'une collaboration du service public de psychiatrie avec les entreprises de prévention et d'accompagnement des adolescents : toutes les institutions chargées de l'enfance – justice, éducation, social et médico-social – la souhaitent.

- ◆ Le premier niveau consiste à **développer des consultations et des accueils spécifiques « adolescents » dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (ou de psychiatrie adulte)**.
- ◆ Le deuxième niveau est celui de la collaboration et de **l'articulation formalisée des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile avec les établissements scolaires**, et en particulier avec les commissions de suivi.
- ◆ Dans plusieurs villes on a assisté à **la mise en place de structures psychiatriques pour adolescents en collaboration avec les autres institutions chargées de l'enfance** : justice, éducation, social et médico-social.

Cette activité, centrée sur les jeunes en difficulté, permet de les rencontrer plus facilement, à la demande des familles, des adolescents eux-mêmes, des enseignants ou des médecins généralistes.

L'institution psychiatrique doit s'organiser pour accueillir les adolescents. Certaines régions commencent à créer des antennes adolescents qui font preuve d'une grande efficacité, mais leur innovation n'est pas assez soutenue et ils manquent de personnels et de moyens pour aider ces jeunes à se réintégrer dans la vie sociale.

- ◆ Un autre objectif est celui de **la rencontre avec les jeunes en rupture scolaire par l'intermédiaire de travailleurs sociaux ou d'éducateurs de rue**. La plupart des adolescents et des adultes jeunes de ces milieux sont souvent en panne de scolarité ou de formation professionnelle. Cette carence augmente leur fragilité et aggrave leurs troubles et leur désinsertion sociale. Pour cette population, il serait nécessaire de développer, en liaison avec l'Éducation nationale, des formes nouvelles d'unités pédagogiques d'intégration telles que les classes relais que l'on pourrait développer avec des partenaires élargis, et de proposer une scolarité séquentielle.

Il faut enfin favoriser **la création d'appartements d'accueil** pour adolescents, encadrés par du personnel spécialisé. La séparation du milieu familial est souvent une très bonne solution, s'il y a un suivi psychothérapeutique. De tels lieux de vie permettraient aux jeunes de continuer leur scolarité avec les aides associées d'éducateurs et d'enseignants sans oublier la prise en charge de leurs problèmes de santé.

Objectif V

Prendre les mesures réglementaires et législatives susceptibles de diminuer l'usage nocif

Nous recommandons diverses mesures d'ordre législatif ou réglementaire visant à diminuer les usages nocifs et donc les conséquences sanitaires et sociales de ces usages.

Les membres du groupe ont été amenés à proposer des mesures législatives et réglementaires consécutives aux données scientifiques. Il est bien évident qu'il s'agit là de propositions émises dans une logique de Santé publique, mais que d'autres logiques doivent être prises en compte. Ces propositions doivent donc être retravaillées, les mesures interministérielles étant, par nature, de la vocation de la MILDT.

I – Prendre des mesures concernant la conduite sous l'effet de substances psychoactives afin de diminuer l'accidentalité routière

- 1) distributeurs d'éthylotests gratuits dans les bars, restaurants, boîtes de nuits ;
- 2) installation systématique d'un éthylomètre dans les automobiles, afin de développer l'autoévaluation ;
- 3) développement important des dépistages d'alcoolémie les nuits, période durant lesquelles ont lieu la très grande majorité des accidents sous l'emprise de l'alcool, et les week-ends ;
- 4) durcissement et application stricte de la législation ;
- 5) parallèlement à toute infraction ou accident avec alcoolémie positive, une évaluation médicale systématique doit être faite (avec dosage des gamma GT/CDT en cas d'accident avec alcoolémie afin de différencier la consommation occasionnelle de la consommation nocive régulière) complétée d'une proposition, si nécessaire, de soins ;
- 6) au delà du dépistage de la consommation des psychotropes illicites, création d'une incrimination de la conduite sous l'emprise des stupéfiants ;
- 7) prendre les dispositions législatives permettant de mettre en place d'une étude sur le rôle des médicaments psychoactifs dans les troubles de la vigilance à l'origine des accidents

- **Objectif :**
diminuer l'accidentalité routière

Ces mesures devraient s'intégrer dans un Plan Interministériel de Sécurité Routière

Les mesures réglementaires se compléteront de mesures incitatives, informatives et préventives) telles que l'incitation généralisée à ce que le conducteur reste sobre, en insistant sur la mortalité routière accrue après les soirées et les repas « arrosés » ou le développement des possibilités d'accompagnement au retour (taxis, transports en commun) pour les soirées dans les lieux publics

II – Interdire la vente de toute substance psychoactive aux mineurs de moins de seize ans

– Cette mesure interdictrice, justifiée par la gravité des consommations précoces, et fortement symbolique n'a de sens que dans la cadre de réflexion globale sur la législation concernant l'ensemble des substances, et accompagnée d'autres mesures incitatives ou positives

– Lancer parallèlement à l'interdiction une campagne de communication autour du thème de l'interdiction de vente car le principal intérêt d'une telle mesure est de modifier l'attitude des adultes face au tabagisme des jeunes, à leur consommation d'alcool et de cannabis.

- **Objectif :**
retarder l'âge des premières consommations.

III – Renforcer le suivi sanitaire des personnes interpellées pour un problème lié à la consommation d'alcool

- des personnes interpellées pour ivresse publique manifeste ;
- des personnes interpellées pour violence sous l'emprise de l'alcool ;
- des personnes interpellées pour conduite sous l'emprise de l'alcool.

Il convient, au-delà de la réponse judiciaire, de favoriser la réponse sanitaire à tous les stades des procédures concernant les personnes ayant un mésusage d'alcool. Les stratégies de suivi sont différentes en cas d'usage à risque (occasionnel) nocif (répété) ou de dépendance : l'objectivation du suivi et de l'amélioration (sur la clinique et l'association GGT-CDT) pourront être prise en compte dans l'application de la peine éventuelle

- **Objectif :**
Faciliter une prise en charge plus précoce dès les premiers dommages sociaux liés à l'usage nocif

IV – Prendre des mesures législatives et réglementaires visant à diminuer la consommation d'alcool

- renforcer la taxation sur les boissons alcooliques en fonction du degré d'alcool ;
- réglementer strictement la production et la vente de bières à haut degré d'alcool ;
- imposer un message sanitaire sur les bouteilles d'alcool.
- interdire toute publicité directe ou indirecte pour les boissons alcooliques ;
- interdire les buvettes et la consommation d'alcool dans les enceintes sportives.

- **Objectif :**
Diminuer la consommation globale d'alcool et les usages nocifs

V – Prendre des mesures législatives et réglementaires visant à diminuer la consommation de tabac

- augmenter de façon importante – et non progressive – le prix du tabac
- s’assurer du respect de l’interdiction de fumer dans les établissements scolaires et dans les lieux publics, dans les cafés, restaurants, (revoir les textes sur la ventilation, établir un partenariat avec les chefs d’établissements...)
- intégrer dans le Code du Travail les dispositions de la Loi Evin afin de donner une légitimité de contrôle aux Inspecteurs du travail

- **Objectif :**
Diminuer la consommation globale de tabac

VI – Créer un corps de contrôle des infractions aux dispositions réglementant la consommation de substances psychoactives

Il viserait à contrôler tout particulièrement :

- les infractions relatives à la publicité
- les infractions relatives à la vente aux mineurs

- **Objectif :**
Permettre une réelle application des textes

VII – Prendre des mesures législatives et réglementaires visant à diminuer la consommation des médicaments psychotropes

- Meilleure surveillance et application plus stricte des RM par les CPAM.
- Suppression du tiers payant, voire du remboursement pour les prescriptions de BZD hors références médicales.
- Suppression de l’interdiction de déconditionnement des boîtes en officine.
- Suppression ou restriction de vente, sur avis de la Commission des stupéfiants, des médicaments dont le potentiel addictif et les mésusages sont prouvés.

- **Objectif :**
Diminuer les mésusages de médicaments psychotropes

VIII – Mettre en place un groupe de réflexion, dont les audiences et les conclusions seront publiques, préalable à un débat au Parlement concernant une révision de la loi du 31.12.1970 relative à l'usage de produits stupéfiants

Ce groupe devra s'appuyer sur les notions scientifiques actuellement validées concernant :

- les risques aigus (de type psychique, somatique ou comportemental)
- les risques d'évolution vers la dépendance
- les risques de pathologies liées à la durée et à l'intensité de l'exposition
- les risques pour soi et pour autrui (exposition passive, risques pour le fœtus, violences...)
- et les risques sociaux, -plus difficiles à évaluer- secondaires à la situation juridique du produit concerné.

Objectif VI

Obtenir une mobilisation régionale autour de l'application de cette politique de Santé Publique

Les actions nationales (information, formations et autres actions préventives préconisations sanitaires et organisation du dispositif de soins, application régionale des modifications législatives...) ne pourront prendre toute leur efficacité que si elles s'appuient sur une mobilisation et des actions régionales.

I – Mobilisation de la population et de ses représentants

Outre le relais et l'adaptation au terrain des actions nationales, il s'agit surtout d'obtenir que la population et ses représentants intègrent et reconnaissent la nécessité de ces actions, afin de les légitimer et de multiplier leur efficacité.

Ceci nécessite une implication des élus (régionaux, départementaux et municipaux), des syndicats, des associations et des divers représentants locorégionaux de l'état

II – Mobiliser la communauté sanitaire et sociale :
inciter à mettre en place dans chaque région, un PRS
et SROSS un PRS et un SROSS « Addictions »

Les PRS addictions

Les programmes Régionaux de Santé sont une des meilleures façons de mobiliser la communauté sanitaire et sociale autour de la prévention, des soins et de la réinsertion des personnes souffrant d'addiction. Ils permettent de faire remonter la réalité des besoins régionaux et d'adapter les réponses – et en particulier les formations – aux possibilités locales. Ils permettent également de mobiliser différentes catégories d'acteurs par l'intermédiaire de leurs représentants les plus motivés. Ils traduisent la volonté d'une région de se mobiliser autour d'un problème de santé publique, ce qui facilite grandement les actions préventives (dans les collèges et lycées, dans les entreprises) de l'usage nocif ainsi que les mesures de contrôle.

Les SROSS

Il est indispensable que soient planifiés par secteur géo-démographique la répartition et le type des diverses structures de prise en charge nécessaires ainsi que l'allocation des moyens en les corrélant à des indicateurs et en les assortissant de contrat d'objectifs en volume d'activité de telle façon que les besoins de la population puissent être équitablement couverts et que soient assurées une graduation et une complémentarité des moyens mis en œuvre pour garantir la proximité et la continuité des soins. Il convient pour cela d'insérer **un volet addiction dans les différents SROSS (MCO, psychiatrie, SSR). Ces volets addictions, qui doivent être articulés entre eux, constitueront la partie sanitaire du PRS.** Il convient de noter que le projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit l'élaboration de schémas régionaux pour les structures médico-sociales en addictologie.

Une bonne articulation des programmes, schémas et réseaux

Il est nécessaire, pour cela, que la même personne – ou équipe – responsable du volet addictologique des différents SROSS et de la coordination du PRS. Il est également souhaitable que cette personne ou équipe soit responsable ou intervienne dans l'attribution du FAQSV.

La volonté des pouvoirs publics doit être clairement affirmée et inciter à l'application des préconisations de ce PRS et de ce volet « addictologie » des SROSS par le biais d'une contractualisation avec les

établissements sous forme de contrats d'objectifs et de moyens (aussi bien avec les établissements médico-psycho-sociaux qu'avec les établissements hospitaliers).

Ce travail de coordination et de programmation pourrait s'appuyer sur celui qui a déjà été effectué dans un certain nombre de Programmes Régionaux de Santé (si ceux-ci ont été pour le moment souvent conçus autour des problèmes d'alcool, quelques-uns concernent déjà également le tabagisme ou l'intégralité des dépendances).

Objectif VII

Inciter à la recherche sur les usages nocifs et sur les usages à risque

Il convient d'encourager les recherches (MILDT, INSERM, PHRC...) portant sur les stades et les mécanismes précédant la dépendance.

Les travaux devraient porter :

- sur les mécanismes d'installation de la dépendance
- ↳ quels sont les facteurs associés à l'involution de l'usage nocif, ou, au contraire, au passage de la dépendance ?
- sur les facteurs de vulnérabilité et de résistance à l'installation de la dépendance
- sur l'épidémiologie des usages nocifs
- ↳ quelle est la fréquence de l'usage nocif, quelle est son évolution dans le temps : prévalence, prévalence par âge et sexe, prévalence selon les critères sociaux, durée de l'usage ?
- sur la clinique de ces phases précoces
- sur les usages à risque : validation des outils, évaluation des stratégies d'aide, analyse des évolutions possibles (suivi de cohorte)
- sur la validation de certains outils :
 - soit non encore utilisés en France : CRAFFT, autoévaluation cannabis, autoévaluation des psychostimulants
 - soit utilisés de façon empirique par différentes équipes, mais non encore valides
- sur les traitements psychothérapeutiques et chimiothérapeutiques de ces phases précoces.
- sur les rapports entre la sociologie de l'usage et la sociologie de l'usage nocif
- ↳ existe-t-il une représentation sociale de l'usage nocif ?
- sur l'évaluation des stratégies de prévention
- sur l'évaluation des stratégies de soins

Ces travaux cliniques, biologiques et thérapeutiques peuvent concerner aussi bien le socle commun des addictions que les spécificités liées aux différents produits consommés.

