

JUIN 2011 - NUMÉRO 43

# DÉPENDANCES



**Intervention  
précoce**

Revue éditée par  
**Addiction Info Suisse**  
et le **GREA**



# SOMMAIRE

## Intervention précoce

<b>Editorial</b> <i>Jean-Félix Savary</i>	<b>p. 1</b>
<b>L'intervention précoce: un modèle d'actualité</b> <i>Philippe Vouillamoz</i>	<b>p. 2</b>
<b>Quelques réflexions sur la mise en œuvre de l'intervention précoce</b> <i>Christophe Mani et Guy Musy</i>	<b>p. 7</b>
<b>Justice des mineurs et thérapie familiale</b> <i>Philippe Nielsen, Philippe Beytrison et Marina Croquette Krokhar</i>	<b>p. 11</b>
<b>La promotion de la santé comme fondement de l'intervention précoce dans les écoles</b> <i>Gaël-Anne Pannatier</i>	<b>p. 15</b>
<b>L'interdisciplinarité au cœur de l'intervention précoce</b> <i>Patrice Charpentier</i>	<b>p. 19</b>
<b>La mise en œuvre de l'art 3c de la LStup: un enjeu majeur pour les professionnels</b> <i>Jean-Félix Savary et Michel Graf</i>	<b>p. 21</b>
<b>Les jeunes et le tabac: analyse des questions posées sur le site ciao.ch</b> <i>Béatrice Salla</i>	<b>p. 24</b>

# ÉDITORIAL

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

Cette préoccupation n'est pas nouvelle ! Comme souvent, l'apparition d'un terme ne fait que reprendre une réalité déjà connue et l'habille de nouveaux oripeaux. Faire du neuf avec du vieux. Bien entendu, c'est aussi le cas ici. Mais pas seulement ! Les pratiques changent, la société évolue, et avec elle, nos dispositifs d'aide et de prévention. Reposer la question de l'intervention précoce offre aussi l'opportunité de réfléchir à nouveau au sens de nos pratiques et à la manière d'aborder les liens entre prévention et traitement.

L'intervention précoce peut apparaître comme une évidence. Agir tôt pour agir mieux et moins. Tout le monde serait gagnant. Mais s'agit-il bien de cela ? Le fait d'intervenir « en amont » serait-ce le saint Graal des addictions ? Bien sûr que non. La dépendance restera un phénomène complexe et polymorphe, qui se décline toujours selon les contextes, les individus et les produits concernés. Se donner pour mission d'intervenir précocement peut pourtant être un gage pour le futur si le processus est mis en application dans sa totalité et ne se réduit pas à repérer des individus en situation de vulnérabilité, mais vise bien à construire ensemble des conditions sociales qui garantissent la solidarité.

L'intervention précoce est un questionnement légitime qui doit nous guider dans l'amélioration de nos pratiques. Mais il ne doit en aucun cas nous éloigner de nos valeurs de respect et de non-jugement qui ont fondé le champ des addictions. Pour accompagner cette réflexion, «dépendances» propose plusieurs regards actifs sur ce terrain, autant pour en souligner les opportunités que pour en dénoncer les dérives potentielles.

*Jean-Félix Savary, GREA*

# L'INTERVENTION PRÉCOCE: UN MODÈLE D'ACTUALITÉ

*Philippe Vouillamoz, Directeur CAP LVT*

**Cet article discute de la pertinence d'un modèle d'intervention basé sur une approche communautaire, c'est-à-dire citoyenne autant que professionnelle, qui vise à développer une posture de questionnement face aux jeunes en situation de vulnérabilité. Il souligne les caractéristiques et les risques du modèle et l'illustre par des exemples d'application en Valais.**

**L**es jeunes vont bien. C'est bien ce que nous disent toutes les études menées auprès d'eux... Cette réjouissante réalité d'une jeunesse bien portante n'est cependant pas partagée par tous... Aujourd'hui, le seuil d'intégration dans le monde des adultes s'est progressivement élevé, laissant une petite partie des jeunes dans une situation difficile. Sur le terrain, on constate tous les jours le besoin de se préoccuper davantage de cette question. » (Carrasco K. & Savary J.-F., 2010, « L'intervention précoce, un concept qui favorise le travail en réseau. » *Actualité sociale* no 29).

Construire un environnement plus favorable au développement des jeunes, éviter que les problèmes existants ne s'aggravent faute de mesures d'aide proposées suffisamment tôt, voilà notre défi collectif. « Il existe aujourd'hui un large consensus chez les spécialistes pour chercher à intervenir dès les premiers signes de difficultés... Chercher à mieux repérer ces difficultés, aussi précocement que possible, et savoir qu'en faire: c'est le cœur du concept d'intervention précoce. » (Pia Oetker, OFSP).

Le concept d'intervention précoce que présente la brochure «IP» éditée par le GREA cherche à rapprocher prévention et thérapie afin d'augmenter leur complémentarité. Il s'agit d'envisager un continuum d'actions allant de la promotion d'un environnement favorable à la prise en charge à visée thérapeutique.

## BESOIN D'UN MÉTAMODÈLE À L'ÉCHELLE DE LA ROMANDIE ?

La démarche d'intervention précoce doit s'ancrer dans les pratiques des nombreux et divers acteurs sociaux. La brochure vise à créer de l'intérêt pour cette démarche, à stimuler l'implication des acteurs et à donner des recommandations générales pour sa mise en œuvre. Il ne s'agit toutefois pas d'un outil prêt à l'emploi, mais plutôt d'une vue d'ensemble qui doit permettre à chacun de se situer par rapport à la démarche d'intervention précoce.

Apporter des connaissances précises, répertorier des expériences existantes et efficaces pour élaborer des recommandations de mise en œuvre ou l'amélioration: en

bref valoriser les bonnes pratiques. Il s'agit aussi d'apporter des éléments de discussion au débat pour éviter les dérives possibles.

Cette brochure s'adresse:

- aux adultes et aux professionnels en contact avec les jeunes (domaines de la santé, du social, de l'éducation, du sport, etc.) désireux de mieux appréhender les questions de vulnérabilité chez les jeunes
- aux directions d'établissements socio-sanitaires qui décident de porter plus d'attention à la démarche de l'intervention précoce
- aux pouvoirs publics sensibles à la prévention et à la politique de la jeunesse.

La démarche d'intervention précoce concerne l'ensemble de la société. La responsabilité éducative ne peut pas être déléguée aux seules familles ou aux professionnels spécialisés. Les ressources disponibles pour répondre de manière adéquate aux problèmes liés à l'adolescence doivent être mobilisées, dans une complémentarité entre les citoyens, la famille, le monde de l'éducation et les professionnels de la prévention et de la prise en charge socio-sanitaire. Il s'agit donc de renforcer à la fois les compétences des professionnels en lien avec la jeunesse et les compétences dans la communauté.

Le nombre d'acteurs potentiels impliqués nécessite un décloisonnement des savoirs, l'élaboration de repères et d'un langage commun. L'élaboration d'une vision capable de fédérer les différentes actions n'en est que plus fondamentale.

Il nous revient en mémoire les discussions animées lors de l'élaboration de la brochure autour du choix à opérer entre les termes de dépistage, de détection ou de repérage.

L'élaboration d'un métamodèle romand nous a amenés à parler de nos pratiques déjà existantes. Nous avons fait la réjouissante constatation de l'existence de prestations diversifiées mais soutenues par des visions sensiblement proches.

## CARACTÉRISTIQUES DU MODÈLE

L'Intervention Précoce est une démarche de promotion de la santé qui se soucie de promouvoir et renforcer les compétences existantes en soutenant les dynamiques communautaires. Une démarche au carrefour entre promotion d'un environnement favorable pour tous et prise en charge précoce des vulnérabilités individuelles. Elle met en œuvre des mécanismes de repérage et d'évaluation des situations de vulnérabilité. Au besoin, elle propose des offres spécifiques, adaptées et pertinentes d'accompagnement.

La dynamique d'intervention précoce doit se comprendre comme un processus global intégrant 4 phases distinctes comme l'indique la figure ci-dessous. Ces phases ne sont pas indépendantes entre elles, mais prennent tout leur sens dans les liens qu'elles ont les unes avec les autres, chacune s'inscrivant dans la précédente (subsidiarité).

### La vulnérabilité doit être comprise comme une situation dynamique

On parle d'une personne en situation de vulnérabilité quand, à un moment donné, certains facteurs de risques, personnels ou contextuels, ne peuvent être contrebalancés par les facteurs de protection à sa disposition, augmentant ainsi la probabilité de connaître des difficultés par la suite.

Il y a un risque important de focaliser toute l'attention sur une difficulté spécifique (consommation de substances, délinquance, etc.), et, ce faisant, de perdre des éléments primordiaux de compréhension de la situation de vulnérabilité.

Il faut souligner que malgré le fait qu'ils puissent être en situation de vulnérabilité, tous les jeunes ne vont pas développer des comportements problématiques. Le destin du jeune n'est jamais déterminé par sa situation de vulnérabilité. Cette situation de vulnérabilité est dynamique et va évoluer selon les expériences de vie et les aides que le jeune peut recevoir.

### La construction de réponses non seulement individuelles, mais aussi collectives

Il est essentiel que la collectivité puisse se mobiliser, réfléchir et agir face aux problématiques concernant les jeunes. Elle le fait déjà, mais souvent dans des réponses rapides et intuitives d'ordre réglementaire (ex: restriction ou interdiction de «botellòn»). Pour aller plus loin, un travail communautaire, impliquant les différents acteurs concernés (professionnels et non-professionnels), peut permettre une autre forme de réponse et accompagner les mesures de réglementation afin de favoriser leur application.

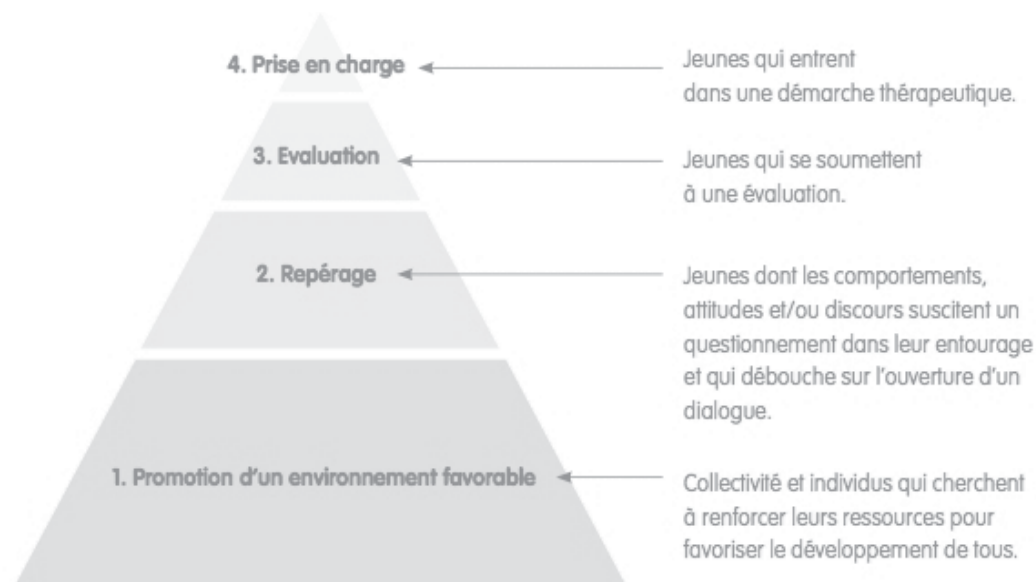
### L'interdisciplinarité

Parce que la situation de vulnérabilité d'un jeune se traduit fréquemment par un cumul de difficultés dans diverses sphères de son existence, une équipe interdisciplinaire sera plus à même de mesurer une situation de vulnérabilité qu'un professionnel isolé.

Les professionnels pouvant être impliqués (enseignants, éducateurs, médecins, psychologues, infirmières, intervenants socioéducatifs, etc.) ont souvent des domaines de compétences et des modes de fonctionnement très variés, ce qui nécessite une bonne coordination. Dans cet esprit, un effort important doit être entrepris afin de garantir une culture et un langage commun entre professionnels de domaines différents.

### Un travail en réseau indispensable

Dans l'idéal, le réseau s'étendra à la fois en direction des ressources naturelles du jeune (famille, pairs, quartier) et en direction des ressources institutionnelles (offre de traitements spécialisés, de formation, etc.). Un effort particulier doit être fait afin de déterminer les différents acteurs présents dans la situation d'un jeune, d'en définir les rôles et les implications, ainsi que les modalités de collaboration.



## POURQUOI UN AVERTISSEMENT SUR LE RISQUE DE DÉRIVES ?

L'intervention précoce est une démarche sensible à manipuler avec soin. Elle comporte un risque de dérapage réel si l'on n'y prend garde. Elle présuppose donc de la finesse et du discernement, ainsi qu'une mise en œuvre dans un contexte responsable avec un projet social cohérent et des structures favorisant l'intégration des jeunes.

### Le risque de la seule responsabilisation de l'individu

Il y a lieu d'être particulièrement attentif au danger de se focaliser uniquement sur l'aspect individuel en omettant la dimension collective. Ce risque est d'autant plus grand que les orientations actuelles prévalentes dans la politique (néo-)sociale aboutissent à l'individualisation des causes et des solutions aux problèmes. Lorsque l'individu est seul responsable de son sort, le collectif peut à loisir se dégager de ses responsabilités face à ses membres en difficulté.

### Le risque de la stigmatisation

La démarche d'Intervention Précoce doit rester un outil socio-sanitaire de réponse aux situations de vulnérabilité des jeunes et non pas un facteur de stigmatisation et de ségrégation. La difficulté vécue par le jeune doit pouvoir être accueillie dans un contexte citoyen et professionnel capable d'éviter l'exclusion et la marginalisation d'un individu ou d'un groupe.

### Le risque de la pathologisation

En considérant des individus comme «déficients», on court le risque de se décharger sur les spécialistes et d'institutionnaliser des prises en charge qui pourraient être gérées adéquatement à l'intérieur même de la communauté. C'est une question d'éthique très importante, c'est pourquoi il faut rester prudent et considérer le souci de repérer une situation de vulnérabilité avant tout comme une posture de questionnement centrée sur les situations spécifiques, individuelles ou collectives qui provoquent de l'inquiétude. Il ne s'agit pas d'envoyer en traitement tout jeune présentant la moindre difficulté.

### Le risque de l'usage prématuré de la contrainte

La justice ou les autorités tutélaires peuvent également donner des mandats pour mener une évaluation (ou une prise en charge) auprès de jeunes ayant commis des délits ou s'étant mis en danger. Cette évaluation «sous contrainte» permet d'atteindre des jeunes pour lesquels les autres moyens de repérage n'ont pas fonctionné et dans des situations particulières, où ni l'entourage, ni l'école, ni la communauté ne sont à même de jouer leur rôle. Il est important que cette mesure ait toujours lieu comme solution de dernier recours et dans une perspective éducative. D'autre part, cela implique une bonne collaboration des professionnels de l'évaluation avec les instances judiciaires.

A titre d'exemple, il me vient en mémoire cette situation d'un jeune élève de 14 ans que sa maman soupçonnait de consommer du cannabis. Très préoccupée et bien inten-

tionnée, elle s'en est ouverte auprès de l'enseignant titulaire qui s'en est ensuite référé à son directeur. Ce dernier a alors alerté le Tribunal des Mineurs. Dans cette situation, la pratique de la démarche d'intervention précoce aurait permis d'adopter une posture adéquate de questionnement pour approfondir les éléments repérés, afin d'opérer une différenciation entre une situation de vulnérabilité ou de réel danger et surtout d'évaluer la pertinence d'alerter les instances judiciaires à ce stade.

### Le risque du repérage sans mesure d'aide à proposer

Si une grande partie des personnes en contact avec les jeunes savent en général fort bien reconnaître les signaux de vulnérabilité, il arrive en revanche fréquemment qu'ils ne sachent alors qu'en faire. Le besoin principal des adultes est donc de savoir comment réagir à une situation de vulnérabilité supposée. Le repérage est utile pour autant qu'il s'inscrive dans le cadre plus global de la démarche d'Intervention Précoce. Il est inutile de mettre en évidence une situation de vulnérabilité, et donc les lacunes d'un jeune, si l'on n'a rien à lui proposer. Pour palier à ce type de difficulté, il faut impérativement s'appuyer sur le réseau existant.

## EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE DE L'INTERVENTION PRÉCOCE PAR LES CENTRES D'AIDE ET DE PRÉVENTION DE LA LVT (CAP LVT)

### Dans le milieu scolaire

Les CAP poursuivent leur travail de prévention en milieu scolaire en s'appuyant sur un système de référents d'établissement scolaire. Nous avons voulu dépasser la seule offre d'animations préventives aux élèves pour proposer un coaching d'établissement. Nous assurons désormais un travail de proximité avec les établissements partenaires (40 cycles d'orientation et 25 établissements du secondaire post-obligatoire). Selon les besoins et les réalités propres à chaque site, il permet d'offrir des prestations adaptées sur 3 axes d'action:

- l'appui au développement d'une politique de promotion de la santé en établissement scolaire par des actions collectives et participatives
- la mise en place de procédures concertées pour favoriser le repérage et l'intervention précoce en favorisant les compétences internes de l'école.
- l'accompagnement de situations individuelles d'élèves en difficulté.

Si plusieurs établissements scolaires se sont engagés dans des programmes construits (par ex. D+IP proposé par Radix), d'autres se sont montrés réfractaires à la mise en œuvre de tels programmes, mais ouverts à la détection et à l'intervention précoce.

Dans ces établissements, nous observons que la sensibilisation, la détection et les mesures éventuelles à envisager se construisent dans la durée au travers d'échanges informels et formels entre une direction et nos référents d'établissements scolaires. On constate ainsi que les directions, médiateurs scolaires et enseignants profitent de la présence de nos référents pour parler de certaines situations préoccupantes et investiguer les options possibles d'intervention.

C'est ainsi qu'un directeur et un titulaire de classe nous ont parlé récemment de leur réunion avec les parents d'un élève en baisse vertigineuse dans ses performances scolaires. L'échange s'est cristallisé autour des forts soupçons de consommation de cannabis et a achoppé stérilement sur la résistance et le déni du jeune. Notre référent d'établissement les a appuyés dans la réflexion: « Comment sortir de l'impasse et aborder la question par le bon bout ? ». C'est dans de tels moments que grandissent un savoir-faire et de bonnes pratiques au sein de l'école. C'est également à cette occasion que notre collaborateur a pu démontrer que l'orientation vers un service spécialisé était prématurée et que l'école et les parents avaient encore plusieurs atouts en main. Ainsi, pour une première phase du moins, le client de notre intervenant référent n'est pas le jeune élève mais le binôme école/parents.

#### **Avec les partenaires du réseau**

Une culture du travail en réseau de longue date nous a également positionnés dans le travail avec les partenaires de:

- la santé via une convention avec tous les hôpitaux du canton (convention RSV-LVT),
- la justice des mineurs via un protocole de collaboration,
- la (ré-)insertion professionnelle via l'engagement dans la collaboration interinstitutionnelle (convention CII et place au Comité cantonal de pilotage de la CII).

Ici également, nous avons privilégié un système de référence par région pour ces partenaires.

Le dernier projet en développement consiste en l'élaboration d'un processus d'intervention entre les services d'urgence des hôpitaux, les polices municipales et les CAP LVT. Principale cible: les jeunes hospitalisés pour des comas éthyliques et leurs familles.

#### **Dans la formation d'adultes**

Depuis de nombreuses années, nous sommes actifs dans le secteur de la formation d'adultes. Nous prenons part, entre autres, aux formations des médiateurs scolaires, des maîtres d'apprentissage, des étudiants HES santé-social, des assistantes en pharmacie, des cafetiers-restaurateurs...

Autant de personnes sensibilisées et vecteurs d'interventions précoces.

#### **Dans le milieu festif**

La stratégie des CAP LVT en matière de gestion des risques en milieu festif comprend une articulation entre une campagne d'information, des préventions scolaires, ainsi que des actions de terrain.

*Avec Fiesta, Be my Angel et Poinzz, les CAP comptabilisent 127 actions menées au cœur des manifestations en 2010. Le label Fiesta est un concept de réduction des risques en milieu festif. Il est aujourd'hui fortement ancré en*

Valais. Il implique les partenaires communaux, les organisateurs ainsi que les services spécialisés qui investiguent ensemble la question de la gestion des risques en milieu festif.

Chaque manifestation labélisée *Fiesta* s'engage à mettre en place des mesures concrètes de renforcement de la sécurité et de protection de la jeunesse. « Pour que la fête soit belle du début jusqu'à la fin ».

#### **Un mot clé: l'accessibilité**

Pour que l'intervention précoce puisse s'enraciner dans les pratiques, l'accessibilité des services spécialisés par le réseau naturel, scolaire, professionnel, socio-sanitaire, juridique doit être développée. Mais l'accessibilité ce n'est pas seulement se mettre à disposition, c'est aussi proposer des actions de terrain et c'est encore et surtout aller vers pour faire connaissance, partager et trouver des opportunités d'associations de compétences.

Nous vérifions au quotidien que les procédures doivent pouvoir être soutenues par des liens beaucoup plus informels pour prendre vie. A ce titre nous participons activement au Réseau d'Entraide Valais (REVS) qui regroupe les acteurs intervenant autour de la souffrance humaine, qu'ils soient citoyens, bénévoles ou spécialistes reconnus.

#### **Courriel:**

philippe.vouillamoz@lvt.ch

## **La démarche d'intervention précoce concerne l'ensemble de la société.**

# JOURNÉE PUBLIQUE: INTERVENTION PRÉCOCE

## LE JEUDI 22 SEPTEMBRE 2011

Le GREA et ses partenaires proposent une occasion de partage d'expériences entre professionnels afin de discuter des différentes applications de l'intervention précoce selon les domaines.

Cette journée proposera des ateliers IP personnalisés.

### Objectifs:

- Présenter et discuter des concepts clé de l'IP
- Fournir un espace de discussion aux problèmes rencontrés dans la pratique IP
- Valoriser l'expertise des réseaux professionnels
- Inscrire sa pratique dans un dispositif



Info et inscriptions | [www.grea.ch](http://www.grea.ch) | 024 426 34 34

**GREA**  
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS



ADDICTION | INFO | SUISSE

## CONGRÈS DOPAGE AU QUOTIDIEN: EFFET (SECONDAIRE) D'UNE SOCIÉTÉ AXÉE SUR LA COMPÉTITIVITÉ ?

Le **8 novembre 2011**, un panel de spécialistes apportera un éclairage sur la consommation de produits psychotropes utilisés dans un but de performance, ainsi que sur les nouveaux comportements sociaux qui en résultent. Les participant-e-s seront invité-e-s à réfléchir aux enjeux futurs de ce nouveau type de dopage qui est de plus en plus accepté socialement.

### PUBLIC CIBLE

Toutes les professionnelles et tous les professionnels du champ des addictions, y compris les professionnel-le-s ponctuellement concerné-e-s comme les travailleuses sociales et les travailleurs sociaux, les médecins de cabinet, les enseignant-e-s, etc.

Prix : 290.-

Lieu: Hôtel National, Berne.

Programme complet et inscription sur [www.addiction-info.ch](http://www.addiction-info.ch)

PRÉVENTION | AIDE | RECHERCHE



# QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

*Christophe Mani, directeur opérationnel de la FASE, Guy Musy, responsable secteur TSHM, FASE*

**La FASE développe de multiples activités qui favorisent l'intervention précoce. Toutefois, certains risques de stigmatisation des jeunes ne sont pas à banaliser.**

## LA FASE EN DEUX MOTS

La Fondation genevoise pour l'Animation Socioculturelle (FASe) a pour mission de favoriser et d'entretenir la cohésion sociale sur le canton de Genève. Grâce à des actions socio-éducatives, socioculturelles et associatives menées par les centres et les équipes hors murs, la fondation répond aux besoins de la population en termes de rencontre, d'échange, de solidarité, de citoyenneté et de qualité de vie, dans un objectif général de prévention.

La FASE assure la mise à disposition des ressources en personnel pour les 43 centres de loisirs, maisons de quartier, jardins Robinson et terrains d'aventures du canton (ci-après centres), pilote 12 équipes de travail social hors murs. Elle gère l'unité d'assistance personnelle pour mineurs en situation de condamnation pénale. Elle participe également à certaines actions spécifiques, comme l'intégration de jeunes arrivants pour le Service des classes d'accueil et d'insertion.

## LA FASE ET L'INTERVENTION PRÉCOCE

Le modèle d'intervention précoce repose sur 4 phases: promotion d'un environnement favorable, repérage, évaluation, prise en charge<sup>1</sup>. L'intervention précoce a pour objectifs de mettre en place, dans une communauté, les meilleures conditions pour favoriser la santé et le bien-être, comme de repérer dans les meilleurs délais des jeunes en situation de vulnérabilité, à qui il est nécessaire d'apporter soutien ou prise en charge.

De nombreuses activités développées au sein de la FASE, en partenariat avec le monde associatif et les communes, sont dédiées à la promotion d'un contexte communautaire favorable. Les actions développées avec les enfants, pré-adolescents, adolescents et jeunes adultes par les centres et les équipes de travailleurs sociaux hors murs (ci-après TSHM) favorisent la mise en place d'un cadre global de prévention permettant d'agir sur le lien social, dans l'objectif d'éviter la rupture de ce lien et de prévenir la dégradation des situations personnelles ou sociales.

Les actions d'animation en centres, l'accueil libre, Sport pour tous<sup>2</sup>, les petits jobs, les centres aérés, les camps ou encore les tournées de rue sont autant d'activités supports qui permettent d'offrir aux jeunes des possibilités de se confronter à leurs potentiels et difficultés, d'observer les situations de vulnérabilité et de favoriser les orientations et les soutiens les plus adéquats possibles.

C'est dans ce quotidien partagé que le professionnel va observer, être garant, porter attention, comprendre. C'est cette attitude de vigilance qui va l'aider à repérer des situations de fragilité ou de souffrance. C'est au quotidien que se construit le contact, que se noue le lien de confiance qui va permettre de porter une attention soutenue à l'enfant ou au jeune.

Cette prise de contact se décline en partie différemment lorsqu'il s'agit d'aller à sa rencontre dans la rue. Il est d'autant plus nécessaire de se donner du temps, de ne pas se montrer intrusif, pour réussir à établir progressivement la relation.

La FASE participe à des projets comme retarder l'âge de la première consommation d'alcool. Ce projet se réalise en collaboration avec la Fédération genevoise de prévention de l'alcoolisme (FEGPA), dans l'objectif de mettre en œuvre un programme d'action avec les communes. La stratégie se base sur la méthode de l'intervention précoce qui a été développée par Radix (centre de compétences suisse en promotion de la santé et prévention) et soutenu par l'Office fédéral de la santé publique.

En s'appuyant sur des concepts pédagogiques et psychologiques permettant d'aborder de manière différenciée les problèmes de certains jeunes et de leur apporter un soutien adéquat le plus tôt possible, tout en s'engageant pour favoriser certaines mesures structurelles de promotion de la santé, la FASE est certainement une institution toute indiquée pour favoriser ce concept d'intervention précoce.

<sup>1</sup> «Intervention précoce, Accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité», GREA, 2010

<sup>2</sup> Accueil libre en salle de sport, à bas seuil, principalement le soir et le week-end.

## LES ÉCUEILS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Quelles sont les limites de l'intervention précoce, notamment en termes de prescription de la part des autorités, ainsi que des difficultés de positionnement des animateurs socioculturels, en particulier de ceux qui ont la fonction de TSHM?

La situation semble se jouer différemment lorsque des jeunes fréquentent librement un centre et lorsque les TSHM vont à leur rencontre pour établir le lien que lorsqu'il surgit un problème sur l'espace public et qu'il existe dès lors une attente de la part des autorités, notamment de régler les problèmes posés par un groupe de jeunes. Cela pose la question de l'intention qui se situe derrière l'action. Celle-ci est-elle construite pour apporter de l'aide aux jeunes ou pour régler des problèmes posés par les jeunes ?

Cette donnée de base induit un certain nombre de difficultés de positionnement des animateurs et travailleurs sociaux hors murs dans cette perspective d'intervention précoce.

Voici quelques risques qui y sont liés:

- pression du politique et du contexte local
- développement d'un concept se basant uniquement sur la notion de repérage, au détriment d'une action sur les causes et la promotion de l'environnement.
- étiquetage des situations de vulnérabilité et risque de stigmatisation à long terme
- échange d'informations sensibles sur des situations à l'intérieur d'une commune, d'un quartier, dans le cadre du travail en réseau

### Pression du politique et du contexte local

Agir sur l'environnement prend du temps. Pourtant, les autorités demandent souvent aux travailleurs sociaux d'agir rapidement, voire dans l'urgence, pour faire face aux problèmes posés par les jeunes et que les résultats soient immédiatement visibles.

Politique sécuritaire aidant, le fantasme, voire l'attente concrète, de certains représentants des autorités, peut être que l'intervention précoce devienne une méthode de recensement de tous les jeunes d'un quartier ou d'une commune qui «dérangent ». Le risque existe qu'un outil résolument tourné vers l'aide aux personnes en difficultés devienne un outil très intrusif de contrôle social.

Mais la réalité de terrain est parfois bien plus subtile. Les travailleurs sociaux hors murs se trouvent souvent dans une situation de tension qui rend leur positionnement difficile. Pression non verbale, pression exercée plus ou moins directement par les autorités, par les services communaux ou pression qu'ils se mettent envers eux-mêmes par souci

de bien faire. Leur souci est d'apporter des réponses aux attentes de leurs interlocuteurs.

De plus, lorsqu'une mairie demande à une équipe de travailleurs sociaux de s'enquérir de la situation de certains jeunes, ce n'est pas uniquement pas souci sécuritaire, mais aussi par réel intérêt concernant la situation de ces jeunes et en vue de leur apporter une aide, le cas échéant.

Dans le même registre, les travailleurs sociaux sont mis (ou se mettent) souvent dans une situation de sauveurs: on attend d'eux qu'ils agissent, qu'ils proposent et trouvent des solutions, dans une dynamique notamment influencée par ce caractère d'urgence.

On peut aussi leur demander de «donner des noms », après un événement particulier. Ce type d'attente peut influencer la difficulté du travailleur social à se positionner, tant vis-à-vis des autorités que vis-à-vis du jeune.

Comment se situer en tant que travailleur social dans les enjeux contradictoires que peuvent être la réponse aux besoins des jeunes face aux attentes et inquiétudes des adultes ? Le risque de glissement de la mission est bien présent et la vigilance doit être constante, autant chez les autorités que chez les TSHM.

Peut-on encore parler d'intervention précoce en de telles situations ? Selon la situation, on peut se situer bien loin du fait d'agir sur un environnement donné et porter attention à l'autre, ce qui permet de faire du repérage.

### Développer un concept se basant uniquement sur la notion de repérage au détriment de la promotion de l'environnement

Cette approche comporte aussi le risque d'oublier le premier élément mis en évidence dans la méthodologie de l'intervention précoce, à savoir les facteurs sociaux et environnementaux. On peut vite en faire abstraction pour ne désigner que des personnes et des comportements. Qu'en est-il, par exemple, de la désoccupation de nombreux jeunes, des ruptures dans une trajectoire de formation ou encore de la difficulté d'accès à la formation ? A l'évidence, il ne suffit pas de repérer les jeunes en vue de les orienter, il faut également favoriser un travail structurel au niveau du contexte économique qui, aujourd'hui, ne génère pas suffisamment d'emplois et donne l'impression au jeune de ne pas avoir sa place dans le système social existant.

L'animateur socioculturel est dans une recherche constante d'équilibre entre travail sur le contexte communautaire et le suivi direct du jeune. Il peut rapidement s'engouffrer dans le soutien au jeune, car les résultats sont plus rapidement visibles. Il est plus difficile pour lui d'évaluer la portée de son travail sur l'aspect contextuel.

Se focaliser sur la notion de repérage des jeunes en situation de vulnérabilité comporte également le risque de surprofessionnaliser l'espace social. Dans un contexte



sécuritaire, les regroupements de jeunes deviennent une problématique en soi qu'il s'agit de traiter le plus rapidement possible. Les TSHM sont sollicités pour intervenir dès qu'un groupe de jeunes occupe l'espace public. Le travail d'immersion du TSHM est certes fondamental et il permet sans aucun doute de jouer un rôle important dans le repérage précoce de situations problématiques. Mais est-ce que tout l'espace social doit être professionnalisé ?

Les jeunes ont aussi besoin d'espaces libres, de lieux d'expressions, de faire des choses d'une manière autonome sans le regard ou le contrôle de l'adulte. Professionnaliser l'espace social fait courir le risque de glisser vers un formatage des codes sociaux et le contrôle social au détriment du bien-être des jeunes.

L'objectif de l'intervention précoce est d'apporter le bon soutien au bon moment pour éviter la rupture. Cela nécessite de centrer la démarche sur les réels besoins des jeunes, et non seulement sur les prescriptions des autorités ou les inquiétudes des adultes.

### **Risque d'étiquetage des situations de vulnérabilité et risque de stigmatisation à long terme**

Ce risque d'étiquetage est peut-être un effet pervers de l'intervention précoce, en tous les cas un élément auquel il nous semble essentiel d'être très attentif; étiquetage d'un jeune, comme étiquetage d'un groupe de population, voire même d'un quartier tout entier, notamment via les représentations médiatiques.

Ainsi, de la volonté de favoriser une intervention précoce pour faire face à certaines vulnérabilités, on peut voir poindre le risque d'une stigmatisation de jeunes en situation de vulnérabilité. Or, la stigmatisation a des effets souvent durables...

A une plus large échelle, il peut exister un côté stigmatisant simplement dans le fait de désigner une population cible. Ainsi, d'une intention très louable au départ, la situation pourrait se retourner contre les personnes, si toutes les garanties ne sont pas prises en insufflant une démarche de ce type. C'est particulièrement vrai au niveau des interventions collectives.

Pour éviter cet écueil, il est important de ne pas enfermer les travailleurs sociaux dans la situation de devoir légitimer leur fonction par la nécessité d'aborder les jeunes sous le seul angle de leurs problèmes et de devoir identifier ceux qui ne vont pas bien, afin de démontrer à la communauté et aux financeurs leur utilité. Au quel cas, ce seul regard sur une réalité peut en lui-même renforcer l'effet stigmatisant vis-à-vis des populations abordées. Le TSHM court plus de risques d'être enfermé dans ce rôle que l'animateur en centre qui est davantage légitimé à accueillir toutes les populations, indépendamment de leur vulnérabilité ou précarité.

### **Echange d'informations sensibles sur des situations à l'intérieur d'une commune, quartier, dans le cadre du travail en réseau**

Quelles informations échanger avec qui et comment ? Le travail de réseau comporte certes de nombreux avantages, dont celui de coordonner collectivement les actions et de proposer des interventions concertées. Mais, il est nécessaire de poser des limites et un cadre. La déontologie professionnelle doit présider à ce travail d'échange d'information. Les informations échangées le sont-elles toujours dans l'intérêt du ou des jeunes ?

Le réseau peut rapidement devenir le lieu où tout doit se régler. Il doit exercer un repérage des situations d'urgence, régler les problèmes. La transmission d'information entre adultes est certes fondamentale, notamment lorsqu'un jeune est en réelle situation de danger. Mais est-ce que toute situation de ce type doit par définition faire partie des informations qui sont apportées dans un réseau ? Est-ce qu'il est utile pour le jeune et pour sa famille que chacun soit au courant de la situation ?

Les travailleurs sociaux peuvent être pris dans quelque chose qui les dépassent. Dans les communes, la proximité peut être difficile à gérer. De nombreuses informations sont échangées entre les services, de manière formelle et informelle. La possession d'informations données par d'autres peut devenir délicate à gérer, notamment parce qu'elle peut influencer le regard qui est porté sur le jeune.

Il n'est pas question ici de remettre en question les partenariats, mais on constate que, sur le terrain, il est parfois difficile d'en gérer les tenants et les aboutissants.

## EN CONCLUSION

C'est ainsi que les animateurs socioculturels, en centre ou avec fonction de TSHM, peuvent se trouver pris dans des interrogations éthiques, qui mettent en évidence des questionnements d'ailleurs plus larges sur les limites d'intervention, en particulier dans le travail hors murs. C'est pourquoi, il est fondamental que des règles de collaboration très claires soient établies entre communes et FASE quant au rayon d'action du professionnel.

En mettant des animateurs socioculturels à disposition des communes, la FASE doit tout d'abord se positionner clairement vis-à-vis de ses partenaires, par rapport aux champs et aux limites d'intervention des professionnels. Elle a ensuite un rôle d'accompagnement pour aider les collaborateurs à renforcer leurs concepts d'intervention et pour les aider à ne pas tomber dans les écueils qu'ils peuvent rencontrer sur leur terrain professionnel, notamment liés aux attentes des multiples partenaires. Cela nécessite création ou renforcement de canaux de communication institutionnels, formation continue et travail de pratique réflexive.

Ainsi, nous ne pouvons que nous féliciter de l'existence de dispositifs efficaces destinés à venir en aide à des jeunes en situation de vulnérabilité et de l'utilisation adéquate de la méthodologie de l'intervention précoce. Par contre, nous devons tout mettre en œuvre pour que le dispositif ne se retourne pas contre le jeune par les effets pervers qu'il peut produire.

### Courriel:

christophe.mani@fase.ch

**Formation  
continue**



**Hes-so**  
Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz

L'Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé - EESP - Lausanne, vous informe des formations postgrades qui débuteront prochainement :

### **CAS d'intervenant socio-éducatif en milieu ouvert et dans les familles**

Délai d'inscription : 30 juin 2011

Début de la formation : 15 septembre 2011

Chef de projet : Christophe Cherpit

### **CAS de médiatrice et médiateur culturel**

Délai d'inscription : 31 mai 2011

Début de la formation : 10 octobre 2011

Chefs de projet : Claudia della Croce et Yuri Tironi

### **MAS en action et politiques sociales**

Début de la formation : octobre 2011

Chef de projet : Stéphane Rossini

### **CAS en santé mentale et psychiatrie sociale**

Délai d'inscription : 14 novembre 2011

Début de la formation : 16 janvier 2012

Cheffe de projet : Elisabeth Hirsch Durrett

### **CAS de manager socioculturel dans le domaine des musiques actuelles**

Début de la formation : printemps 2012

Chefs de projet : Yuri Tironi et Claudia della Croce

### **CAS en gestion d'équipe et conduite de projets**

Début de la formation : printemps 2012

Cheffe de projet : Viviane Prats

### **DAS en art-thérapie**

Début de la formation : septembre 2012

Cheffe de projet : Déa Evêquoz

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site Internet ou au secrétariat de l'Unité de formation continue :

**www.eesp.ch/ufc - Tél. : 021 651 03 10  
formation.continue@eesp.ch**

**éesp** école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne  
haute école de travail social et de la santé · Vaud

# JUSTICE DES MINEURS ET THÉRAPIE FAMILIALE

**Philip Nielsen**, Psychologue-psychothérapeute FSP, superviseur MDFT, responsable adjoint de la Consultation Adolescents, Fondation Phénix, **Philippe Beytrison**, Psychologue-psychothérapeute FSP, thérapeute systémique et de famille ASTHEFIS, Fondation Phénix et **Marina Croquette Krokhar**, Psychiatre psychothérapeute FMH, médecin responsable de la Consultation Adolescents et directrice médicale de la Fondation Phénix<sup>1</sup>.

**Cet article illustre la pertinence de renforcer le travail en réseau et le partenariat entre acteurs judiciaires, thérapeutes, parents et jeunes en situation de vulnérabilité importante. Il représente le compte rendu d'une expérience de collaboration fructueuse pour les adolescents surconsommateurs de substances psychoactives.**

La thérapie dans sa compréhension classique est souvent perçue comme un espace confidentiel et de libre adhésion. A Genève, comme ailleurs en Suisse – et probablement en Europe occidentale – le suivi psychothérapeutique des adolescents est souvent configuré autour d'un setting individuel dans lequel le jeune fait une démarche volontaire. La participation parentale, si présente, est souvent périphérique, prenant la forme de séances d'information, de bilan et de soutien psychoéducatif.

Or, le constat des cliniciens œuvrant dans le domaine des addictions à l'adolescence semble largement partagé: premièrement, plus certains jeunes vont mal, moins ils demandent de l'aide et plus ils s'éloignent des institutions sociales et de santé. Deuxièmement – et peut-être non sans lien – dans la quasi-totalité de ces situations, c'est un adulte qui fait la demande de soins pour le jeune. Si le thérapeute souhaite accéder à la population qui en a le plus besoin, il se doit donc de sortir de sa zone de confort définie par une clientèle se profilant dans une démarche d'aide librement consentie et volontaire. La contrainte devient une donnée incontournable (Coenen et al. 2010).

## QUELQUES RÉFLEXIONS À PROPOS DE L'AIDE SOUS CONTRAINTE ET L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

La source de référence ne donne pas nécessairement d'indication sur le degré de contrainte: Si le mandat judiciaire constitue clairement un élément de contrainte – visible et officiel – il en existe d'autres moins objectivables, parfois subtilement induits par l'école ou les parents. Aussi, une contrainte endogène peut également jouer son rôle: un jeune qui souffre de sa consommation excessive de drogues et n'arrivant pas à s'en défaire seul. Les sources de contraintes sont donc multiples et proviennent tant de l'extérieur que de l'intérieur du sujet.

Certaines recherches montrent que *le statut du traitement – imposé ou non – n'a aucune influence sur l'issue de celui-ci en termes d'efficacité* (Schaub et al., 2010, Wild, Cunningham et Ryan, 2006): il n'est ni frein, ni moteur et constitue donc une variable non significative. Par contre, un mandat de traitement judiciaire est un puissant facteur d'accès à une frange de population en difficulté qui ne consulterait probablement pas sans la contrainte de soin.

Les approches familiales/systémiques montrent une efficacité comparative particulière dans le traitement des jeunes à problèmes d'addictions et/ou de délinquance (Bischoff et al., 2009). A ce jour, la systémique a 27 études contrôlées randomisées à son actif dans le domaine des jeunes avec problèmes d'addictions et/ou de délinquance (Von Sydow et al., 2007), dont 25 mettent en évidence une efficacité accrue de l'approche systémique à baisser les symptômes principaux et les problèmes concomitants comme les mauvais résultats scolaires, les conflits familiaux ou encore les activités antisociales.

Un des facteurs liés au traitement le plus influent sur son efficacité semble être la qualité de l'alliance entre thérapeute et patient (Lambert, Barley, 2002). En effet, «les recherches montrent de façon constante qu'une alliance positive est le prédicteur de succès le plus fiable en psychothérapie.» Kuenzli (2010) et Pauzé (2010) suggèrent en outre que «la qualité de la relation thérapeutique (...) ne dépend que très partiellement des techniques et des théories du thérapeute. Elle dépend plutôt de son habileté à s'allier avec chacun des membres de la famille.» Le défi du thérapeute est donc d'établir une solide alliance avec le jeune contraint par le juge, mais également avec les parents – système encadrant naturel du jeune (Beytrison, 2010), l'école ou toute autre personne significative.



<sup>1</sup> Cet article est le condensé d'un autre à paraître aux Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et Pratiques de Réseaux (Bruxelles) en 2011 sous le titre: «Les thérapies ordonnées par la justice pour les adolescents surconsommateurs de substances psychoactives: réflexions et expériences dans un débat d'actualité»

## QUELQUES ÉLÉMENTS SUR LA POSITION SPÉCIFIQUE DU THÉRAPEUTE DANS LES TRAITEMENTS ORDONNÉS

Plusieurs auteurs (Liddle, 2009; Hardy, 2001; Segond, 2008; Seron et Wittezae, 2009) ont traité de ce thème central, nous amenant à repenser notre posture face à cette sous-population de jeunes que Gaillard (2009) nomme – non sans humour – les «mutants radicaux». Nous entrons en scène dans une relation définie a priori comme «non engagée» selon la déclinaison de Cabié et Isebeart (1997).

*Le thérapeute prend appui sur le juge sans s'y substituer.* Nous rejoignons les auteurs précités qui soulignent l'importance de ne pas confondre mandant (le juge) et mandataire (le système thérapeutique). Il s'agit d'organiser le système de sorte que les finalités entre non seulement l'autorité judiciaire et l'équipe soignante (Hardy, 2001) mais aussi le jeune et sa famille – donc au total 4 entités – convergent à minima. Ces finalités sont définies par quatre thématiques récurrentes:

- Les consommations de substances psychoactives
- Les actes délictueux et la récidive
- L'atmosphère et l'entente familiale
- L'insertion socio-professionnelle du jeune

*Le défi de l'engagement en thérapie:*

A l'instar de Liddle et Rowe (2006), nous partons du principe que a) le jeune n'est pas motivé pour entrer en thérapie, et b) les parents sont découragés par leur jeune. Sa première tâche est donc de prendre l'initiative d'appeler les membres de la famille dès réception du mandat, sans attendre qu'ils ne le fassent. Autrement dit, la réussite de l'engagement en thérapie dépend aussi de l'engagement du thérapeute.

*Le thérapeute est l'allié du jeune mais non son complice.* La position complémentaire haute adoptée par le thérapeute contribue à en faire le bras exécutif du juge aux yeux du jeune. Au contraire, nous nous présentons comme un porte-parole du jeune à l'égard des adultes encadrants. La motivation initiale du jeune étant souvent la clôture de son dossier judiciaire, nous utilisons cette piste pour lui dire que nous pouvons l'y aider et explorons avec lui les attentes que le juge peut avoir à son égard. Ainsi, le jeune se met à raconter lui-même le menu de la thérapie et à en énumérer les objectifs. Le thérapeute doit évidemment se garder de faire de fausses promesses. Cela étant, depuis la mise en route du protocole de collaboration dont il sera question plus loin, la parole du thérapeute dans l'espace judiciaire a pris une place significativement plus importante et contribue donc dans bien des cas à ce que le juge classe effectivement le dossier du jeune.

*Le thérapeute s'affilie à la détresse des parents afin qu'ils prennent ensemble les commandes du système thérapeutique:* Le thérapeute se positionne en partenaire horizontal à l'égard des parents tout en ajoutant que sans leur aide il ne pourra avancer que très difficilement dans la thérapie de leur jeune. Leur engagement et position nouvelle à l'égard du jeune aura un impact déterminant sur le processus thérapeutique (Nielsen, Samaniego et Simond, 2003), et, plus loin sur l'avenir de leur enfant. Si un tel accent est mis sur les éléments relationnels intrafamiliaux, c'est qu'en termes d'impact protecteur face aux effets délétères de la consommation massive de drogues, la proximité émotionnelle entre membres de la famille compte probablement parmi les facteurs de protection les plus influents (Aschery, Robertson et Kumpfer, 1998; Burkhart, 2009).

## LE PROTOCOLE TRIBUNAL DES MINEURS DE GENÈVE ET FONDATION PHÉNIX: ÉTAPES VERS UNE COLLABORATION INTENSIVE<sup>2</sup>

### 2007: constats initiaux.

#### Côté juges:

- Jusqu'à fin 2007, les juges «encouragent» les jeunes à entrer dans une démarche thérapeutique lorsqu'ils font état d'une surconsommation de drogues. Ils ont une certaine réticence à utiliser les articles de lois existants et n'ordonnent que très peu de traitements ambulatoires. Interpellée à ce propos, une ancienne présidente du Tribunal rétorque que selon une croyance encore bien vivante dans le réseau genevois, l'ordonnance d'un traitement aurait une influence négative sur celui-ci. Dans les faits, en 2007, sur les centaines de situations instruites par le Tribunal, seuls trois jeunes prennent effectivement contact avec la Consultation Adolescents de la Fondation Phénix.
- Les juges se trouvent en porte-à-faux face au peu d'informations livrées par les thérapeutes lorsqu'un jeune est entré en thérapie par voie judiciaire. En particulier, le manque d'information concernant l'évolution de la consommation – comportement pour lequel le jeune est entre autres condamné – empêche le juge de suivre correctement la situation. Le secret médical et professionnel est ici invoqué par les soignants.
- Les juges s'étonnent d'une certaine «passivité» des thérapeutes à engager les jeunes en traitement; ce qui fait qu'à l'approche des échéances d'évaluation judiciaires (tous les 6 mois en Suisse) les juges apprennent que les mesures censées être évaluées – la thérapie en l'occurrence – ont à peine débuté.

<sup>2</sup> Remerciement à Sylvie Wegelin, juge et ancienne présidente du Tribunal des Mineurs de Genève, architecte et partenaire dudit protocole, pour sa lecture attentive de cet article et en particulier ce passage.

**Côté thérapeutes:**

- Peu de jeunes arrivent en thérapie et la moyenne d'âge est très élevée (17,2 ans). Souvent, il s'agit de jeunes dont la consommation dure depuis plusieurs années et qui ont échoué lors de divers placements éducatifs. Les thérapeutes ont l'impression que le juge envoie le jeune en thérapie ambulatoire dans une tentative de dernière minute à l'aube de la majorité et à un âge où les foyers rechignent à les accepter.
- La rétention en traitement est difficile et le pourcentage d'abandon de thérapie élevé. De plus, les raisons justifiant l'ordonnance de traitement sont peu spécifiées.
- Enfin, les thérapeutes se vivent comme tenus à l'écart des décisions judiciaires. Ils ont l'impression que les juges leur sont peu accessibles.

**2008: Mise en action du protocole de collaboration**

Plusieurs séances de travail entre les juges du Tribunal des Mineurs et les responsables de la Consultation Adolescents ont lieu jusqu'à fin 2007. La version définitive du protocole est signée en février 2008. Ses objectifs sont principalement: l'optimisation de l'engagement des jeunes en thérapie; l'augmentation de la rétention en traitement et la clarification et intensification de la collaboration Tribunal – Centre de traitement. Dès lors que le juge ordonne un traitement (article 14 Code Pénal Suisse des Mineurs), le jeune et ses parents sont informés des éléments que le thérapeute lui rapportera:

- Compliance du jeune à suivre le traitement dans sa durée et sa fréquence
- Résultats des analyses d'urine à la recherche de substances psychoactives
- Appréciation générale de l'évolution du jeune

Ces informations sont communiquées tous les six mois. En dehors de ces échéances, le juge s'appuie sur le principe «pas de nouvelles, bonnes nouvelles». De son côté, le soignant informe le juge si la thérapie n'a pas pu débuter, si la fréquence des absences la met en péril ou si le traitement n'est pas adapté au jeune.

Le thérapeute peut si nécessaire solliciter une table ronde au tribunal, participer aux jugements et autres audiences et préavis des options médico-légales à prendre en fonction de l'évolution de la situation.

**2011: bilan intermédiaire après 36 mois de collaboration**

Depuis l'entrée en vigueur du protocole en février 2008, 159 jeunes ont été envoyés par ordonnance à la Consultation Adolescents; 96% ont démarré le traitement.

Une analyse plus poussée est en cours pour le sous-groupe randomisé dans le cadre de la recherche INCANT (International Cannabis Need for Treatment, Nielsen et Croquette Krokhar, 2006; Nielsen et Croquette Krokhar, 2010). Il s'agira de voir s'il y a une différence statistiquement significative entre le groupe de jeunes «volontaires» et celui «ordonnés» sur toutes les mesures effectuées avant, pendant et 12 mois après le début de traitement. Ce qui est possible d'affirmer pour l'ensemble des jeunes suivis depuis l'entrée en vigueur du protocole est qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes en termes de rétention en traitement. L'optimisation de l'engagement en traitement est flagrante puisque la quasi-totalité des jeunes orientés par la justice démarrent le traitement à Phénix. Enfin, la disponibilité des juges est accrue et nous avons pu instaurer un réel partenariat de concertation. Nous en voulons pour preuve leur grande disponibilité: il est actuellement possible d'organiser une table ronde au Tribunal dans un espace de 10 jours; parfois moins en cas d'urgence.

**EN GUISE DE CONCLUSION**

Reste l'épineuse question de l'adéquation du traitement, notamment pour certains jeunes à comportements antisociaux, de prise de risque et de rupture de tout genre. Le cadre ambulatoire a de la peine à les contenir, malgré un rythme intense de sessions thérapeutiques et une grande sollicitation des parents et de la famille. Il serait intéressant d'affiner la procédure de décision et d'indication dès la première audience au Tribunal.

L'accès à ces jeunes avec des problématiques à cheval entre les addictions et les délinquances pose la question de l'infrastructure institutionnelle et l'organisation de l'équipe de soins. En effet, une prise en charge ambulatoire à haute intensité semble s'imposer pour bon nombre de situations. Cela nécessite du coup un travail d'équipe tout aussi intense et la présence d'un superviseur, membre aussi de l'équipe; à l'image de certains centres de soins aux Etats-Unis. Nous avons recours aux structures résidentielles – foyers, hospitalisations ou maisons de détention pour mineurs – dans ces cas. L'harmonisation de la prise en charge est nécessaire, en particulier en ce qui concerne le travail familial, trop souvent laissé en suspens du moment que le jeune est éloigné des siens.

La libre adhésion demeure au cœur de notre démarche. Au-delà des questions de techniques thérapeutiques les enjeux éthiques restent actuels. Mais la libre adhésion nous semble avoir un statut bien précaire dans les problématiques des addictions et il nous semble aujourd'hui qu'elle constitue en quelque sorte la fin du voyage thérapeutique que nous entreprenons avec les personnes qui nous consultent; le début du voyage étant souvent défini par la dépendance, la nécessité et donc la contrainte à visages multiples.

### Références:

- ASHERY R., ROBERTSON E., KUMPFER K. (1998): Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. NIDA Research Monograph 177, NIH Pub. No. 97-4135, Rockville MD.
- BEYTRISON P. (2010): L'encadrement parental: un concept méconnu plus que jamais actuel. *Thérapie familiale*, vol 31, n°4, pp 451-463.
- BISCHOFF M., BESSERO S., REVERDIN B., GERVASONI N., NIELSEN P., FAVEZ N. (2009): Argumentaire: Thérapies de famille et de couple/thérapies systémiques. (téléchargeable sur [www.agtf.ch](http://www.agtf.ch))
- BURKHART G. (2009): Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. EMCDDA thematic papers. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lison
- CABIE M-C., ISEBEART (1997): Pour une thérapie brève. Erès, Ramonville Saint-Agne.
- COENEN R., GAILLARD J.-P., FRIEH-BUNGERT F., HARDY G. (2010): Les symptômes interdits. Manifeste pour le changement. *Journal du droit des jeunes*, n° 293, pp 1-7.
- GAILLARD J-P. (2009): Enfants et adolescents en mutation. ESF, Issy-les-Moulineaux.
- HARDY G. (2001): S'il te plaît, ne m'aide pas ! Erès, Ramonville Saint-Agne.
- KUENZLI F. (2010): Comment diriger son attention sur ce qui marche en psychothérapie ? (voir sur [www.reflexive-practices.com](http://www.reflexive-practices.com))
- LAMBERT M., BARLEY D. (2002): Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In NORCROSS J.: *Psychotherapy relationships that work*. Oxford University Press, New York.
- LIDDLE H. (2009): Adolescent drug abuse. A family-based multidimensional approach. Hazelden, Center City, MN.
- LIDDLE H., ROWE C. (2006): Adolescent substance abuse, Cambridge University Press, Cambridge.
- NIELSEN P., CROQUETTE KROKAR M. (2006): Etude de l'efficacité de la thérapie MDFT dans le traitement de l'abus et de la dépendance au cannabis chez l'adolescent. Etude randomisée et standardisée. Protocole de recherche. Genève. Voir [www.incant.eu](http://www.incant.eu)
- NIELSEN P., CROQUETTE KROKAR M. (2010): Phénix-l'après en charge d'adolescents surconsommateurs de cannabis: la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT). In AL KURDI C., CARRASCO K., SAVARY J-F.: *Intervention précoce*. GREA, Yverdon-les-Bains.
- NIELSEN P., SAMANIEGO M., SIMOND F. (2003): Thérapie systémique et prise de cannabis. La fragile pertinence du travail avec le sous-système parental. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. No 30, pp 139-151, Bruxelles.
- PAUZE R. (2009), in DURIEZ N. (2009): *Changer en famille*. Erès, Toulouse.
- SCHAUB M. et al (2010): Comparing Outcomes of "Voluntary" and "Quasi-Compulsory" Treatment of Substance Dependence in Europe. *European Addiction Research*. 16: 53-60
- SEGOND P. (2008): *Travail social et soin psychologique*. Erès, Ramonville Saint-Agne.

- SERON C., WITTEZAELE J-J. (2009): *Aide ou contrôle. L'intervention thérapeutique sous contrainte*. De Boeck, Bruxelles.
- SPAPEN P., ANGELIDIS T., ANTOLIALI V., VAN GERWEN K., PELC I., VERBANCK P. (2010): La thérapie familiale multidimensionnelle des adolescent(e)s dépendants du cannabis. *Thérapie familiale*. Vol. 31, no 2, pp 117-132, Genève.
- VON SYDOW K., BEHER S., RETZLAFF R., SCHWEITZER J. (2007): *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- WILD T., CUNNINGHAM J., RYAN R. (2006): Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31, pp 1858-72.
- WILD T., NEWTON-TAYLOR B., ALLETTA R. (1998): Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants. *Addictive Behaviors*, 23, pp 81-95.

### Courriel:

[philip.nielsen@phenix.ch](mailto:philip.nielsen@phenix.ch)



Hes-so  
Hochschule Sondershausen  
University of Applied Sciences  
Sondershausen

## Formations interprofessionnelles en addictions

Cursus 2011-2013

{

**fordd**

Fédération romande  
des organismes de **formation**  
dans le domaine des dépendances

**EDUQUA**



**CAS interprofessionnel en addictions**

Certificate of Advanced Studies HES-SO  
15 ECTS - 1 an  
25 jours d'enseignement

**DAS en addictions**

Diploma of Advanced Studies HES-SO  
33 ECTS - 2 ans  
49 jours d'enseignement

- Formations eurocompatibles, certifiées HES-SO
- Recommandées par l'OFSP et le réseau professionnel suisse
- Acquisition des dernières connaissances du domaine

Information et inscription: [www.fordd.ch](http://www.fordd.ch) - 024 420 22 60

Soutenu par l'OFSP et les cantons en partenariat avec:  



# LA PROMOTION DE LA SANTÉ COMME FONDEMENT DE L'INTERVENTION PRÉCOCE DANS LES ÉCOLES

**Gaël-Anne Pannatier**, responsable de RADIX Suisse romande et coordinatrice du Réseau romand d'écoles en santé

Sur la base de l'expérience des programmes «intervention précoce dans le champ de la formation» de l'Office fédéral de la santé publique, cet article présente une conception de l'intervention précoce qui s'appuie sur une vision de promotion de la santé. L'école est prise en compte en tant que cadre de vie dans son ensemble. Sans négliger un aspect individuel, les situations de vulnérabilités des jeunes sont considérées principalement sur le plan collectif et institutionnel.

## Programmes de l'OFSP

Au niveau romand, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a soutenu deux programmes d'intervention précoce dans le champ de l'école et de la prévention (2006 à 2009 et actuellement 2010 à 2012). Ces programmes sont portés en partenariat par la Fondation RADIX et la Haute Ecole fribourgeoise de travail social (HEF-TS). Ils ont été construits en intégrant les logiques des écoles et les logiques des acteurs de la prévention. Une évaluation externe du premier programme a été menée par l'Université de Lausanne, disponible sur [www.ecoles-en-sante.ch/ip](http://www.ecoles-en-sante.ch/ip). Ce site présente également tous les documents officiels de la première volée<sup>1</sup>.

Ces programmes promeuvent la collaboration entre un service spécialisé de la prévention et une école pour qu'ils développent, ensemble, un concept sur mesure pour l'intervention précoce et le mettent en œuvre. Ils visent à soutenir les jeunes dont le développement et l'intégration sont manifestement menacés. Dans la première volée, 15 écoles de degré secondaire I et II des cantons de Neuchâtel, Vaud, Fribourg et Valais se sont engagées dans un processus d'analyse des besoins, de définition des priorités et de collaboration renforcée avec un service spécialisé. La deuxième volée rassemble 8 écoles de différents niveaux et 4 semestres de motivation des cantons de Vaud, Genève, Jura, Fribourg, Neuchâtel et Valais. Un suivi personnalisé et des offres de formation continue, sous la forme d'échanges d'expériences et d'ateliers thématiques, sont régulièrement proposés aux services spécialisés et aux écoles. Au total, avec les deux programmes alémaniques, environ 50 établissements de formation mènent un tel projet.

## LA PROMOTION SANTÉ COMME BASE DE LA DÉMARCHE

Quel lien entre un processus qui clarifie les interventions et la promotion de la santé ? RADIX travaille depuis près de dix ans sur les processus d'intervention précoce en s'appuyant sur le développement de la promotion de la santé dans le cadre de vie (setting) des communes et des écoles: des jeunes dont les comportements peuvent engendrer des problèmes physiques, psychiques et sociaux, bénéficient d'un soutien précoce, coordonné et bien ciblé de la part de leur environnement. En même temps, cet environnement devient porteur de compétences, de projets.

Paradoxalement, les jeunes en difficulté sont le plus souvent perçus comme un « problème » pour leur milieu de vie alors qu'ils ont besoin de sécurité et de bienveillance. Leur comportement démunit les acteurs qui ne savent comment réagir ou intervenir. Nos programmes visent donc à ren-



forcer les compétences des adultes qui côtoient les jeunes, ainsi que la cohérence entre les acteurs. La promotion de la santé consiste à ne pas aborder la gestion des difficultés sous le seul angle de réactions appropriées, mais aussi sous l'angle de la gestion d'un milieu de vie avec des tensions, des acteurs et des ressources. Promouvoir les liens entre les acteurs, soutenir leur capacité à générer des projets, offrir des alternatives, donner du sens sont autant d'enjeux pour la promotion de la santé.

<sup>1</sup> Pour une présentation approfondie: Marie-Claire Rey-Baeriswyl et Karin Zürcher (eds), "Le projet Détection et intervention précoces (D+IP) [Dossier]," L'Éducateur. Mai 2009.

Que ce soit dans les communes, dans les écoles ou tout autre lieu de vie, RADIX fait de la promotion de la santé en soutenant la mise en œuvre de politiques locales concertées qui s'appuient sur un groupe ressource interprofessionnel et intersectoriel et sur un état des lieux, mené de manière participative, qui soit susceptible d'impliquer les acteurs dans l'élaboration d'un plan de mesures. Ces dernières seront mises en œuvre à divers niveaux et destinées à une pluralité de publics. Elles prennent la forme de projets le plus souvent communautaires, d'adaptation ou de formalisation des fonctionnements ou d'espaces de concertation utiles.

Parmi les résultats des processus, nous relevons quatre axes pour renforcer les compétences dans un milieu: (1) la formation et l'information qui permettent d'appréhender un thème, (2) la mise sur pied de protocoles d'information qui permettent de clarifier les rôles, (3) la gestion, la circulation de l'information et le suivi de l'intervention, mais aussi (4) des temps partagés entre professionnels sur les besoins identifiés, le sens et le type d'intervention ou de projets à promouvoir. Enfin, les jeunes eux-mêmes peuvent être associés tant à la réflexion qu'au développement de réponses appropriées. Nous sommes donc dans un processus public dans lequel le débat et la gestion de l'intimité et de la confidentialité sont indispensables.

## DES THÈMES ET DES PROCESSUS PROPRES À CHAQUE ÉTABLISSEMENT

Dans les programmes pilotes, les établissements ont choisi des thèmes différents, sur la base d'un état des lieux interne à l'école. Il s'agit de partir de l'existant, de ce qui fait sens dans l'histoire de chaque école. Certains projets sont axés sur des questions liées à des produits (entrée en projet par exemple par le thème de l'alcool, le tabac, le cannabis), d'autres sur l'alimentation et le mouvement, d'autres sur la gestion des conflits et les violences, mais aussi plusieurs d'entre eux sont plus généraux et se mobilisent par différents biais sur le climat scolaire (cf. description des projets sous [www.ecoles-en-sante.ch](http://www.ecoles-en-sante.ch)). La définition commune des besoins prioritaires en terme de prévention et de promotion de la santé, puis l'implication de chacun-e, à son niveau, dans la mise en place de la détection et de l'intervention, permettent de construire une vision commune des facteurs de risques et des mesures de soutien pour les jeunes.

Le plus souvent, les collaborations, les fonctionnements et les structures élaborés dans un cadre sont transposables dans d'autres. Ainsi la démarche initiée à partir d'une thématique qui peut être assez précise sert à l'ensemble de l'établissement et s'élargit à l'intervention précoce et à la promotion santé de manière générale. Dès lors, il ne devrait pas y avoir de difficulté à lancer un processus sur la base d'un thème ou d'un élément déclencheur plutôt qu'un autre. Mais ce n'est pas toujours le cas des ressources extérieures qui accompagnent l'école, dans le sens où le domaine de la prévention est souvent subdivisé au gré des problématiques. En effet, historiquement, la prévention a

été le plus souvent construite comme un des volets d'une structure de prise en charge. Si la plupart des institutions s'identifient à la promotion de la santé, les missions, les discours et les pratiques diffèrent beaucoup selon les thèmes. Dès lors, nos programmes ont prévu un volet de formation pour le setting écoles et de soutien pour le setting communes. La prévention, qui avait souvent une mission d'information, de témoignage et de renforcement de compétences spécifiques à un risque, devient un vecteur d'optimisation de structures et de fonctionnements. C'est aussi pourquoi RADIX ou la HEF-TS ont produit des outils, des références pour les professionnels qui accompagnent ces processus.

## CLARIFIER LES RÔLES, IMPLIQUER ET METTRE EN RÉSEAU LES ACTEURS

Au vu des différentes expériences menées dans les écoles<sup>2</sup>, voici en synthèse quelques éléments qui semblent très importants dans le processus: identifier les acteurs et clarifier les rôles et les responsabilités, sensibiliser et donner des compétences aux différents acteurs, mettre en place des procédures pour la prise en charge transversale. En développant un projet, l'établissement de formation construit une vision commune de la promotion santé et développe une certaine culture d'établissement concernant l'intervention précoce. La démarche permet de clarifier les rôles de chaque acteur interne et externe, de rendre leur position plus confortable et de renforcer les ressources à disposition selon les besoins identifiés. La collaboration et la mise en réseau interne (direction, groupe santé, responsables de classe, psychologues, infirmières, médiateurs et médiatrices, enseignant-e-s,...) sont ainsi au cœur du processus.

Enfin, la mise en réseau avec les acteurs externes, notamment pour la prise en charge des élèves identifiés comme vulnérables, constitue un axe central de l'intervention précoce. Chaque établissement clarifie les différents services et ressources disponibles, et établit des modes de communication, voire des collaborations avec les acteurs extérieurs pertinents selon la situation. Réciproquement, cette ouverture permet d'identifier ce qui appartient au milieu et peut être traité au niveau de l'établissement.

**Courriel:**  
pannatier@radix.ch

<sup>2</sup> Pour une analyse de quatre programmes menés en Suisse allemande: Carlo Fabian & Caroline Müller (2010). *Früherkennung und Frühintervention: Lessons learned*. Berne: RADIX..

## Formation pour les services de prévention accompagnant les écoles

Par Marie-Claire Rey-Baeriswyl, professeure HES (responsable du département des prestations de service de la HEF-TS)

La HEF-TS est mandatée, depuis 2005, pour contribuer à la conduite des programmes nationaux d'intervention précoce (IP), notamment en développant une formation adressée aux professionnel-le-s des services spécialisés engagé-e-s dans l'accompagnement des écoles en projets. Elle a proposé aux services un programme de formation mené dans une logique de recherche-action, articulant des impulsions formatives, des connaissances théoriques avec les réalités des projets d'intervention menés dans les 15 écoles et les besoins des acteurs concernés.

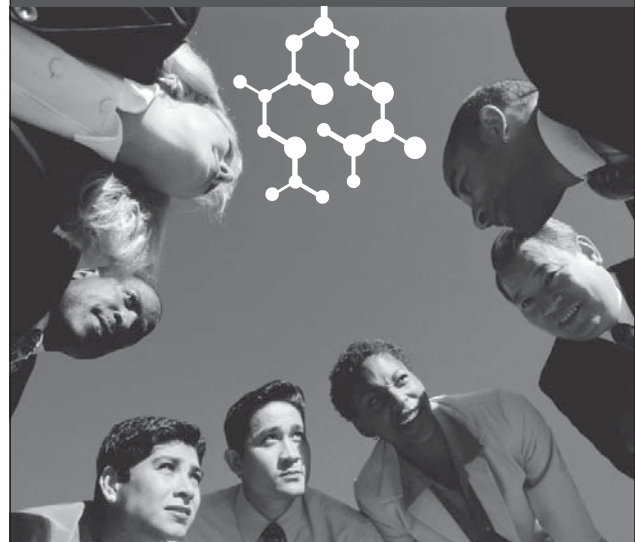
La formation (8 jours d'ateliers de base et optionnels, 2 journées d'échanges d'expériences, espaces de liens entre théories et pratiques) avait pour objectif de renforcer les compétences requises pour cette activité de conseil, former les services à une nouvelle pratique d'accompagnement. En effet, dans ce projet, leur mission change: ils soutiennent un processus de développement institutionnel permettant de faire face à diverses situations de vulnérabilités et guident les écoles dans la mise en œuvre de leur projet IP, dans une perspective de prévention. La prestation attendue est un coaching, un soutien à la gestion d'un projet d'établissement.

Avec différent-e-s intervenant-e-s suisses et étrangers, les offres de formation ont abordé différentes thématiques:

- méthodes - processus (conduite de projets d'établissement, logique - rôle de consultance, travail d'équipe - flow team, mise en réseaux - collaborations, échanges réciproques de savoirs, rituels - formes de participation, pérennisation des projets IP, partenariats, etc.)
- acteurs concernés - réalités visées (jeunes en situations de vulnérabilité, facteurs de risque / de protection, établissement comme organisation apprenante, etc.).

La dynamique réflexive et participative a permis de concevoir un modèle d'intervention, privilégiant une approche intégrée d'interventions multidimensionnelles; plus contextuelle, elle prend en compte les jeunes en situation de vulnérabilité « et » leur environnement à partir également de leurs ressources (perspective de la santé au travail), mais également l'ensemble des acteurs de l'école, évitant ainsi les dérives d'une logique de ciblage. Dans cette approche intégrée, l'école est en mesure de mettre en place des processus institutionnels qui favorisent un « lieu de vie » responsable de la santé de tous et toutes, des projets collectifs et des rituels qui renforcent les facteurs de résilience et la participation dans des espaces significatifs (classes ou groupes), des projets interpersonnels, et la collaboration de réseaux pour soutenir les jeunes concerné-e-s et développer des appuis ajustés.

## Formations continues postgrades HES et universitaire 2011



Séances  
d'information



**Hes-so**  
Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale  
Fachhochschule Westschweiz

- DAS en Action communautaire et promotion de la santé
- DAS en Santé des populations vieillissantes
- CAS en Interventions spécifiques de l'infirmier-ère en santé au travail
- CAS en Liaison et orientation dans les réseaux de soins
- CAS en Intégration des savoirs scientifiques dans les pratiques professionnelles de la santé
- DHEPS Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales
- CARA Certificat d'aptitude à la recherche-action

**Les mardis 6 septembre et  
4 octobre à 18h00.**

Pour de plus amples renseignements, consultez notre site Internet  
[www.ecolelasource.ch](http://www.ecolelasource.ch)

Institut et Haute Ecole de la Santé  
**La Source**  
Lausanne



Av. Vinet 30 – 1004 Lausanne  
Tél. 021 641 38 00  
[www.ecolelasource.ch](http://www.ecolelasource.ch)

# L'INTERDISCIPLINARITÉ AU CŒUR DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

*Patrice Charpentier, Départ Nord, Yverdon*

**Cet article est le témoignage réflexif d'un professionnel sur son expérience et sa compréhension de la construction et des écueils de l'interdisciplinarité.**

**Q**uel beau sujet de réflexion pour l'homme de terrain que je suis. Homme de 55 ans, franco-suisse, multi-pluri-inter ou transnational? Me sentant bien aux frontières de...

Intervenant en toxicomanie depuis 1985, il ne me paraît pas inutile, à l'heure où l'écologie politique a tant de choses à dire dans notre société, de préciser que mes premières études universitaires concernaient le domaine de l'environnement, ce qui m'a amené ensuite à pratiquer le maraîchage biologique. C'est à travers cette activité que je suis allé à la rencontre d'une population fortement ancrée dans la dépendance, marginalisée, souvent en rogne contre notre société.

Tout-e praticien-ne préoccupé-e en premier lieu par la situation et le "mal-être" de l'autre sait qu'il-elle devra, à un moment donné, faire appel à un autre regard que le sien, à une autre discipline, à d'autres professionnel-les, à d'autres partenaires institutionnels. Encore plus s'il s'agit d'un/e jeune consommateur-trice de substances psychotropes, en colère ou en souffrance. Cela semble évident, et pourtant!

Je m'appuierai ici sur mon expérience personnelle longue de 25 années dans le champ clinique des dépendances. Je considère avoir eu beaucoup de chance de côtoyer des acteurs importants dans ce domaine, en Suisse romande et au Québec. Avidé d'apprendre, d'échanger voire de confronter, j'ai assisté à de nombreuses manifestations: formations, assises, congrès, colloques, conférences. Si, à mes yeux, l'interdisciplinarité sur le terrain de l'intervention précoce s'impose, c'est grâce à la diversité des rencontres et collaborations vécues. A ceux qui m'ont appris ou fait réfléchir, je dois de vifs remerciements.

## L'INTERDISCIPLINARITÉ ET NOTIONS ASSOCIÉES

L'interdisciplinarité s'impose, oui, face à des problèmes aussi complexes que la toxicomanie ou toute addiction, surtout si on ambitionne non seulement d'aider celles et ceux qui ont développé un lien de dépendance à des psychotropes, mais aussi de faire de l'intervention précoce auprès d'adolescents. L'adolescence est un passage où de nombreux aspects de la personnalité sont mis en jeu, que ce soit sur le plan physiologique, psychologique, cognitif, émotionnel, social ou environnemental. Cette phase de profonds changements est alors influencée par une prise

plus ou moins régulière de produits psychotropes, que ce soit sous forme d'expérimentation ou d'automédication, voire dans un lien de dépendance. La mise en commun des apports des spécialistes de l'adolescence et de ceux de l'addiction, nécessaire dans le cadre de l'intervention précoce, se surajoute au défi de l'interdisciplinarité.

Comme postulat ou principe de base, je propose d'associer au terme interdisciplinarité le terme partenariat, qui lui-même impose la notion de respect. Respect, combien me lisant objecteront à ce mot les qualificatifs de truisme, banalité, platitude. Ceci dit, je ne me contente pas de jeter ce mot à la légère. En effet, en consultant diverses définitions j'ai retenu celle-ci: «respect: déférence dont on fait preuve envers quelqu'un que l'on considère<sup>1</sup>». Déférence, le mot est fort, très fort même, et pour ne pas vous noyer dans de multiples définitions, je ne citerai qu'un synonyme: estime! Alors, ne doit-on pas, au regard des lignes ci-dessus, re-questionner nos liens et nos relations, nos considérations envers nos partenaires?

Toujours curieux, j'apprends alors que le mot partenariat n'apparaît dans le Larousse qu'en 1987! Permettez-moi enfin de citer cet extrait des Actes de la Journée nationale de l'OZP (Observatoire des Zones d'éducation Prioritaire) Paris, 5 mai 2001:

«Partenariat: racine latine «partitio, partitionis», qui signifie partager, diviser, séparer, car, s'il est possible de partager quelque chose avec quelqu'un, il est aussi possible de partager une responsabilité en association avec quelqu'un. Le travail est donc simultanément conduit avec et contre l'autre. «Travailler avec» présente un risque, le risque de la confusion identitaire. Enfin le suffixe «aire» de «partenaire» indique que l'on se situe dans un système de «personnes en charge de», «en association avec», et le suffixe de «partenariat» désigne un système, une forme d'organisation inscrite dans l'action».

Division, querelle, enjeux de pouvoir, de territoires, concurrence entre compétences, batailles d'égo font partie des obstacles contenus dans l'idée que le partenariat c'est aussi travailler «avec et contre l'autre». Si j'ajoute la nécessité de décloisonnement, voire de déconstruction, vous devinerez la complexité de l'interdisciplinarité. J'ai cherché ici du «sens au sens» des mots, mais, à cet instant, je me demande ce que je fais: «avec et/ou contre vous»?

<sup>1</sup> [www.linternaute.com](http://www.linternaute.com)



## OÙ EN SOMMES-NOUS ? INTERDISCIPLINARITÉ À L'ÉPREUVE DE LA PRATIQUE

Il faut des spécialistes au top dans leur discipline, cherchant à faire avancer connaissance et recherche, j'en suis certain. Je me suis enrichi en les côtoyant mais j'ai aussi réalisé que pour aider ou accompagner celles et ceux qui souffrent, il ne faut pas s'ancre dans UN langage, UNE approche scientifique, UNE formation, UN modèle ou Une référence à UN maître.

Les modèles et techniques d'intervention, de traitement, d'aide ou de résolution de problèmes sont nombreux à être efficaces. Il faut donc se consulter, réfléchir à plusieurs chaque fois que cela est possible afin que l'action soit soutenue par la réflexion collective. Se mettre ensemble, ce n'est pas simplement juxtaposer les données de chaque discipline. C'est également progresser, étudier, approfondir les techniques et les connaissances de sa formation de base en s'interrogeant mutuellement. Voilà pourquoi depuis de nombreuses années, je dis et redis que les plus grands progrès, à l'avenir, viendront d'un savoir «mettre ensemble». C'est dans ce processus que la marge de progression est, à mes yeux, importante. Tout cela se réalisera autant à travers le savoir-être (attitudes/valeurs), le savoir-faire (expériences/techniques) qu'à travers le savoir-connaissance (la recherche/les fondements théoriques de chaque discipline ou profession). De manière pragmatique et pour illustrer ces propos, voici «mon» histoire d'un service spécialisé en «addictologie et adolescence», DEPART, programme développé dans le canton de Vaud.

## A L'ÉPREUVE DE L'EXPÉRIENCE

J'ai commencé mon travail au Centre Saint-Martin<sup>2</sup> avec un financement du SUPEA<sup>3</sup>. Rapidement, le travail sur le terrain puis quelques recherches menées conjointement par ces deux entités<sup>4</sup> ont mis en évidence la nécessité de construire, avec les spécialistes de l'addiction et ceux de l'adolescence, un programme commun. L'UMSA<sup>5</sup> ayant initié de nombreuses recherches sur la consommation chez les adolescents, s'associa au projet. Se sont joints des intervenants de la Protection de la Jeunesse et des responsables de foyers pour adolescents, membres de l'AVOP<sup>6</sup>.

J'ai été l'un de ceux, en lien avec tous ces acteurs, qui a cru en ce projet. Nous devions mettre ensemble des services qui, jusqu'à ce jour, et qui sait aujourd'hui encore, riches de leur histoire, de leur fondement, de leur spécialité, s'appliquaient essentiellement à comprendre, décrire et apporter des réponses souvent par le seul biais de leur discipline. Il s'agissait alors de prendre le temps de construire, en partenariat, de nouveaux savoirs et de nouveaux modes d'intervention. Le projet fut bien théorisé au préalable, appuyé sur les expériences de terrain et les connaissances approfondies de chacun. Trois années d'âpres et d'intenses discussions ouvertes ont permis l'élaboration d'un modèle qui a été conceptualisé et bien défendu pour obtenir des financements. Un bon outil au service des jeunes en prise avec des consommations de psychotropes, de leurs parents et des professionnels accompagnants fut mis en place. Fort de ce modèle interdisciplinaire emprunt de bon sens pragmatique et clinique, les intervenants en présence, médecin psychiatre, psychologue également chargé de l'évaluation du programme et intervenants socio-éducatifs ont co-construit le modèle d'intervention. Les difficultés au quotidien ne manquaient pas, mais n'étaient que les objets d'un accroissement des compétences. Ne pas malmener l'identité de l'autre, la parole de l'un vaut la parole de l'autre, etc. Nous mesurons quelles exigences étaient posées. S'ajoutaient des enjeux relationnels qui impliquaient personnellement en jouant avec les capacités et faiblesses de chacun. Et n'oublions pas la gestion des expressions et des émotions ainsi que la capacité à recevoir celles des autres. Un an après l'ouverture de ce programme, divers rapports, publications, présentations en congrès attestaient de la réussite sur le terrain. Le mouvement initié il y a sept ans ne pouvait plus s'arrêter même si plusieurs équipes se sont succédé.

<sup>2</sup> Service d'accueil ambulatoire médicalisé pour personnes ayant un problème d'addiction.

<sup>3</sup> Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.

<sup>4</sup> Par exemple: Prise en charge des adolescents dépendants des opiacés dans le canton de Vaud. Réflexion sur l'indication d'un traitement par la méthadone, J. Savoy, P. Charpentier, *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1999, 119.

<sup>5</sup> Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents.

<sup>6</sup> Association Vaudoise des Organismes privés pour Personnes en difficulté

Continuer d'identifier les freins, les écueils, les conditions favorables, je voudrais y contribuer en posant des questions. Quelle réforme appliquer pour qu'un pilotage interdisciplinaire existe? Qu'en est-il d'un système hiérarchique et de l'équilibre des implications de chaque instance et discipline, des pouvoirs, au regard d'un modèle interdisciplinaire? Comment fonctionnent les chaînes de décisions? Quels rôles doivent jouer, dans le futur, les structures impliquées qui revendiquent, plus ou moins, la propriété de ce programme? Quid d'un tel service toujours plus lié et contraint dans les instances du CHUV? Qui doit, qui peut, qui a la légitimité et les moyens, voire la neutralité nécessaire pour répondre à ces questions et poursuivre le chemin indispensable? Rien n'est figé, tout est en devenir. Mais l'âme de DEPART doit être interdisciplinaire.

## QUELQUES ATOUTS EN SUISSE ROMANDE

Il est important de dire qu'en Suisse romande, les atouts ne manquent pas, des expériences existent déjà. J'ai pu travailler dans différents programmes où il m'est apparu que l'interdisciplinarité s'esquissait puis existait.

Le Centre Saint-Martin a rapidement été reconnu comme un modèle d'intervention interdisciplinaire. Comment cela s'est-il imposé? Croyez bien que je suis conscient de ma vision partielle et probablement partielle, mais voici ma description: des observations sont remontées de la rue, grâce à l'action d'une médecin de rue, somaticienne, ayant, il faut le dire, une pratique fort marginale, unique en Suisse, proche pour une part de celle des éducateurs de rue. Elle mettait en évidence que les structures de soins, spécialisées ou non, ne permettaient pas l'accès aux soins à tous. La psychiatrie s'est emparée de ce problème et a proposé d'y répondre en ouvrant un centre d'accueil à bas seuil. Il sera fait appel, en complément à la médecine somatique et psychiatrique, à des infirmiers, des psychologues, des travailleurs sociaux. Après quelques mois, le responsable de l'équipe socio-éducative fut recruté: son approche sera interdisciplinaire ou ne sera pas! Tous y ont cru, et un long, difficile, mais courageux travail a été mené pour que l'interdisciplinarité vive et soit reconnue comme améliorant l'accompagnement des usagers.

Autre exemple, la maison du Soleil Levant, où j'ai pu travailler d'abord comme intervenant éducatif à l'ouverture en 1989, puis dès 2007, comme responsable de la structure. S'adressant à des personnes atteintes par le VIH, ce lieu d'accueil et de soin a toujours composé avec un double regard. L'approche médicale avait un rôle indispensable. Dès les années nonante, ce sont des réponses médicamenteuses et médicales qui ont permis à ces personnes d'avoir une espérance de vie toujours grandissante. Au Soleil Levant, tout au long de ces années, il s'est agi de faire côtoyer des prestations médicales toujours plus pointues et spécialisées avec une approche de type socio-éducatif. Originellement modélisé comme un lieu de vie de type familial

ou communautaire, l'équipe donnait une place prépondérante à la qualité du lien entre le patient et les accompagnants, entre le service et les besoins, entre la structure et le réseau entourant les patients. Selon la situation des usagers et les époques traversées, le personnel pouvait inclure plus ou moins de postes d'éducateurs. En 2007, l'équipe, composée d'infirmiers et d'aides soignants, a fait le choix de prendre comme responsable de structure un éducateur: seule une expérience positive de l'interdisciplinarité au sein de cette structure pouvait permettre cela. J'ai été recruté pour ce poste. De manière pragmatique, une approche centrée sur les besoins des usagers, portée au quotidien par l'équipe de base, a conditionné le fait que l'interdisciplinarité s'est imposée et perdure.

## CONCLUSION

Modestement, mais fort de ce parcours à travers ces trois structures, il m'apparaît que là où l'interdisciplinarité a fonctionné aisément, vraisemblablement portée par un concept clair, est là où elle s'est construite sur le terrain. Ce fut le cas au Soleil Levant mais aussi au Centre Saint-Martin, où l'approche centrée sur la personne de C. Rogers fut un ciment de la construction interdisciplinaire. Des allers-retours indispensables entre le terrain et les dirigeants feront perdurer ces réussites.

Les acteurs du terrain doivent être forts et porteurs auprès de ceux qui les dirigent. Encadrés oui, mais libres de gérer la dualité usagers-accompagnants, ils doivent aider à s'écarter des enjeux liés à leurs corporations et leurs structures, se recentrant ainsi sur les besoins des usagers. L'interdisciplinarité peut alors vivre et se renforcer.

Chaque acteur impliqué ne doit-il pas prendre de la distance face à ses références parfois étroites, à son langage qui doit rester évolutif, à ses concepts toujours à réviser et ses certitudes nourries par le doute? Et si à ce jour nous parlons d'interdisciplinarité, parlerons-nous bientôt de transdisciplinarité (ou s'ajoute les notions de «entre», «à travers», «au-delà des disciplines») qui serait à même, qui sait, de donner naissance à de nouvelles disciplines. Utopie? Peu m'importe. L'important est de rester en mouvement.

### Courriel:

patrice.charpentier@chuv.ch

# LA MISE EN ŒUVRE DE L'ART 3c DE LA LSTUP: UN ENJEU MAJEUR POUR LES PROFESSIONNELS

Jean-Félix Savary, Secrétaire Général, GREA et Michel Graf, Directeur, Addiction Info Suisse

Ce texte discute l'application de l'article 3c de la LStup. La compétence d'annonce y est exposée en soulignant les risques et les dérapages possibles (hygiénisme, individualisation des problèmes) mais aussi des opportunités qu'offre une telle mesure.

**P**eu discuté lors du débat sur la loi sur les stupéfiants (LStup), un nouvel article concentre l'attention aujourd'hui en raison des enjeux liés à sa mise en œuvre, l'article 3c. Celui-ci parle de la «compétence d'annonce» pour les «troubles liés à l'addiction» (voir encadré). Cette compétence d'annonce, de portée limitée dans l'ancienne loi (art. 15), l'article 3c l'élargit considérablement. Ce sont dorénavant tous les professionnels des domaines de «l'éducation, de l'action sociale, de la santé, de la justice et de la police» qui sont invités à signaler les situations problématiques à une «institution compétente». Autre nouveauté, la jeunesse est également mise en avant («nämlich» en allemand à l'alinéa 1 de l'art. 3c, qui veut dire: «à savoir» et devenu étonnamment «notamment» dans le texte en français...). C'est donc bien la jeunesse qui fait l'attention prioritaire de l'article 3c et de notre présente contribution.

Cette volonté d'agir de manière plus précoce n'est bien sûr pas nouvelle. Sur le terrain, les professionnels n'ont pas attendu la nouvelle loi pour se mettre au travail. De nombreux exemples existent déjà dans la pratique où les collaborations interinstitutionnelles se sont multipliées ces dernières années, par exemple avec les écoles ou les clubs sportifs.

Dans la pyramide de l'intervention précoce, le droit d'annonce se situe à l'intersection du repérage et de l'évaluation. Il s'agit donc du moment où l'entourage de la personne concernée (le jeune dans le cas de l'art 3c) épuise ses possibilités d'action et qu'une structure plus spécialisée est sollicitée pour procéder à une évaluation globale de la situation. Grâce à une approche multidimensionnelle et interdisciplinaire, ainsi qu'une bonne collaboration entre spécialistes et non-spécialistes, il sera ainsi possible de déterminer, avec le jeune, le besoin et l'opportunité d'une aide concrète.

**Dans la pyramide de l'intervention précoce, le droit d'annonce se situe à l'intersection du repérage et de l'évaluation.**

## LE REPÉRAGE ET LES RISQUES HYGIÉNISTES

Le repérage est une étape clé de la démarche d'intervention précoce, qui, à raison, focalise l'attention. Dans l'art 3c, l'accent est mis sur le repérage des conduites dans une logique préventive, autrement dit avant la formulation d'une demande. L'art 3c porte ainsi en lui un certain interventionnisme, qui appelle notre vigilance dans la manière de le mettre en œuvre.

Le soupçon d'un objectif de normalisation des comportements que peut renfermer toute démarche intrusive dans la vie privée ne peut être éliminé d'emblée. Dans le monde contemporain, c'est un sujet hautement sensible. Pour preuve, la récente polémique qui a suivi la publication du

rapport de M. Bockel, secrétaire d'Etat à la Justice du Gouvernement français. Ce dernier reprenait des thèses fortement critiquées d'un rapport de 2005 de l'INSERM<sup>1</sup> qui prétendait pouvoir dépister la délinquance à partir de 36 mois, selon certains comportements. Cette

approche statistique des réalités individuelles choque. Elle contredit le fondement même des droits humains, en plaçant les personnes dans une perspective déterministe, qui enterre le principe d'égalité et qui réveille une vieille tendance à la stigmatisation des comportements «déviants». Les dérives sécuritaires de ce genre de dispositif interventionniste sont bien connues et ont fait l'objet de nombreux positionnements professionnels<sup>2</sup>.

Par contre, le pire n'étant jamais une fatalité, il existe de nombreuses marges de manœuvre que nous devons utiliser pour revendiquer une approche nuancée et pragmatique qui réponde aux besoins. Nous sommes ici au cœur du débat sur l'intervention précoce, entre danger de normalisation des comportements et volonté de protection des jeunes en situation de vulnérabilité.

<sup>1</sup> Institut National de Santé et d'Expertise Médicale (2005), «Expertise collective: Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent», Editions Inserm, Paris

<sup>2</sup> Voir notamment <http://www.appeldesappels.org/>

## LES OPPORTUNITÉS DE L'ARTICLE 3C

Malgré les dangers évoqués ci-dessus, la mise en œuvre du 3c représente aussi une opportunité. C'est en effet la première fois qu'une disposition législative fédérale porte sur la compétence d'annonce et vient ainsi soutenir l'intervention précoce. Dans ce débat difficile qui va s'enclencher dans tous les cantons, l'expertise des professionnels des addictions devra être entendue.

Un des premiers retours positifs à escompter concerne la clarification de la notion d'évaluation. L'expérience acquise dans le domaine permet aujourd'hui de mieux cerner les besoins du dispositif en la matière. Il ne s'agit pas seulement de déterminer s'il y a consommation et si celle-ci amène un problème. Au-delà du produit, c'est l'environnement social et psychique qui fait l'objet d'un questionnement, ceci afin de permettre l'émergence d'un potentiel besoin, et d'y répondre le cas échéant. Cela a bien sûr des implications sur le type de structure pouvant procéder à une telle évaluation. Une équipe interdisciplinaire, capable de faire une évaluation multidimensionnelle est nécessaire. L'article 3c force les cantons à se doter d'un tel type de structure là où elles n'existeraient pas. On peut également espérer une certaine clarification dans les cantons où plusieurs structures peuvent se retrouver en concurrence pour ce genre de prestations.

L'article 3c comporte aussi l'avantage de désigner les non-spécialistes comme un chaînon essentiel dans la gestion des consommations problématiques. De longue date, les professionnels spécialisés interpellent la société pour mieux intégrer les questions liées à la consommation problématique en amont sans compter uniquement sur une intervention miracle de «spécialistes» pour régler définitivement les problèmes qui en découlent. Les produits font partie de notre société et c'est ensemble que nous devons répondre aux problèmes qu'ils peuvent poser. Avec l'invitation au repérage que contient le 3c, il y a là un signal fort qui va dans cette direction.

Last but not least, la mise en discussion de l'organisation cantonale du dispositif en regard de l'intervention précoce devrait soulever la question des moyens alloués à la prévention et au traitement. La mise en œuvre de l'article 3c ne peut se faire sans des structures qui ont les compétences et les ressources pour remplir ce mandat.

Ces dernières années, plusieurs initiatives politiques malheureuses ont été lancées pour «dépister» les consommations chez les jeunes. Le Grand Conseil vaudois avait par exemple succombé au populisme en demandant l'autorisation d'instaurer des tests d'urine dans les établissements scolaires (pour déceler les consommations). Une tentative similaire avait eu lieu en Valais, fort heureusement stoppée par une majorité de députés responsables. Cette préoccupation habite donc certains esprits échauffés de nos politiciens. L'article 3c permet de reprendre la question de l'intervention précoce sous un angle plus professionnel et ainsi

couper l'herbe sous les pieds d'initiatives malheureuses et contre-productives. Ce travail pédagogique doit être mené par nos réseaux et l'article 3c nous en donne l'occasion.

## LE REPÉRAGE ET LA CONSTRUCTION DU LIEN

La démarche de repérage ne peut être répressive ni classificatrice. Sinon, elle risque de couper le lien avec l'entourage et éloigner les jeunes des possibilités de soutien. Ici comme ailleurs, c'est le travail sur la motivation, dans une alliance avec l'accompagnateur, qui peut provoquer un effet. Cela ne veut pas dire que toute contrainte serait définitivement exclue, mais plutôt que le seul moteur reste l'individu, maître de son comportement et de son destin. L'intervenant doit pouvoir construire un rapport de confiance personnalisé avec le jeune, de façon à le rassurer dans sa capacité à influencer son avenir.

La mise en place de dispositifs de détection et d'annonce est un acte intrusif dans la vie du jeune, qui peut percevoir un danger dans le fait de se faire «repérer». Face à des adultes perçus comme suspicieux et enclins à le dénoncer, le jeune va d'abord choisir l'éloignement et la dissimulation. Alors même qu'il aurait besoin de s'ouvrir à un personnel spécialisé sur les difficultés qu'il éprouve, il s'en trouvera dissuadé par le danger perçu d'une annonce potentielle.

Le non-jugement reste fondamental dans le travail des addictions. Ce type d'attitude bienveillante s'accommode mal de «critères», qui ont forcément un caractère diagnostique. Si cette démarche peut se justifier dans le cas du dépistage des maladies, elle contredit certains principes du travail dans le domaine des addictions.

Pour améliorer le repérage, le premier réflexe peut consister à instaurer des critères. Sous l'apparence de l'objectivité et de l'égalité de traitement, voire de l'efficacité et de l'efficience, un tri peut ainsi être opéré entre les jeunes «à risques» et les autres. Recourir à des critères pose cependant beaucoup trop de questions. Cette piste a heureusement été abandonnée dans le projet d'ordonnance d'application de la LStup. S'ils peuvent être légitimes dans certains contextes particuliers, comme l'hôpital, ils ne peuvent être imposés de manière indifférenciée pour l'ensemble de la société.

## LA POSSIBILITÉ D'ANNONCE, UNE ALTERNATIVE AUX SANCTIONS

Le débat sur l'article 3c pose aussi la question du glissement vers une approche trop individualisée de la prévention. Plutôt que de s'adresser plus précisément aux conditions cadres qui entourent le développement des jeunes, donc de faire de la promotion de la santé et de la prévention structurelle, on porterait son attention sur les «symptômes» d'individus isolés. Cette «dérive» vers une individualisation de la



réponse sociale aux problèmes de consommation est malheureusement une réalité. Il est probablement plus commode pour la société de déléguer à un système de soins la gestion de comportements qui oseraient questionner notre mode de développement. A l'heure de la médiatisation des avancées remarquables des neurosciences, la tentation est grande pour nos élus d'y voir là «enfin» une solution aux problèmes posés par des substances: détecter, prescrire, neutraliser. Aujourd'hui, face à des attentes démesurées du politique, les professionnels des addictions se doivent de défendre leur expertise. L'addiction ne sera pas vaincue par un lapin sorti d'un chapeau. Cette chimère d'un monde idéal, d'une société qui nie sa responsabilité et qui renvoie chacun à sa seule individualité, doit cesser.

Ce qu'apporte avant tout l'article 3c, c'est la mise en place d'une nouvelle manière de répondre à un problème de consommation constaté sur le terrain. Selon l'ancienne loi, la voie privilégiée restait la dénonciation pénale. Par ce biais, de nombreux consommateurs ont été amenés à fréquenter des centres spécialisés, tout comme le propose l'art 3c. Cependant, la voie pour y parvenir passait normalement par la justice. Il s'agirait donc de simplifier la procédure, en formalisant le recours direct à un service psycho-social. Ceci peut élargir les moyens d'actions dont disposent les professionnels de l'éducation et du social lors du repérage de consommations problématiques.

Ce débat porte sur le rapprochement entre prévention et traitement. Il s'agit d'investir l'intersection, le recoupement qui existe entre ces deux logiques, pour favoriser le passage de l'une à l'autre. Si cela se fait dans une logique linéaire (amener les jeunes directement en traitement), c'est évidemment très problématique. Mais si, au contraire, ce rapprochement pouvait se faire pour mieux stimuler l'échange et l'apprentissage mutuel, ne serions-nous pas tous gagnants ?

## CONCLUSION

La mise en place de l'article 3c s'annonce comme un enjeu majeur dans le domaine des addictions pour ces prochaines années. Le modèle bio-psycho-social se trouve face à un nouveau défi. Une focalisation unilatérale sur les «comportements à risques» d'individus pris isolément ne pourrait que provoquer un retour en arrière de la politique des addictions. Cependant, ce débat ouvre aussi de belles opportunités de réfléchir à nos prestations.

Au final, la décision va revenir aux cantons. La Confédération ne peut en effet qu'édicter des recommandations en la matière. De leur capacité à prendre en compte les expériences existantes dépendra en grande partie la portée de cet article. Sur le terrain, le réseau participe déjà activement à faciliter la prise en compte des problèmes de consommations problématiques chez les jeunes.

Dans les faits, l'article 3c existe déjà bel et bien, dans une forme plus ou moins aboutie selon les cantons. Les craintes que soulève une application inadéquate sont justifiées, mais rien n'indique que l'on en prenne aujourd'hui la direction. Les professionnels ont su montrer la voie en la matière. C'est maintenant à eux, dans chacun des cantons concernés, de se faire le relais de leur vision sur la mise en œuvre de ce droit d'annonce. Plutôt que d'inventer de nouveaux besoins ou de nouveaux services, le plus pertinent semble bien de soutenir les efforts qui sont déjà entrepris sur le terrain et ne pas céder aux sirènes hygiénistes que pourraient réveiller ce genre de débat.

### Courriel

jf.savary@grea.ch  
mgraf@addiction-info.ch

#### Art. 3c Compétence en matière d'annonce

1 Les services de l'administration et les professionnels œuvrant dans les domaines de l'éducation, de l'action sociale, de la santé, de la justice et de la police peuvent annoncer aux institutions de traitement ou aux services d'aide sociale compétents les cas de personnes souffrant de troubles liés à l'addiction ou présentant des risques de troubles, notamment s'il s'agit d'enfants ou de jeunes, lorsque les conditions suivantes sont remplies:

- a. ils les ont constatés dans l'exercice de leurs fonctions ou de leur activité professionnelle;
- b. un danger considérable menace la personne concernée, ses proches ou la collectivité;
- c. ils estiment que des mesures de protection sont indiquées.

2 Si l'annonce concerne un enfant ou un jeune de moins de 18 ans, son représentant légal en est également informé à moins que des raisons importantes ne s'y opposent.

3 Les cantons désignent les institutions de traitement ou les services d'aide sociale qualifiés, publics ou privés, qui sont compétents pour prendre en charge les personnes annoncées, notamment s'il s'agit d'enfants ou de jeunes en situation de risque.

4 Le personnel des institutions de traitement et des services d'aide sociale compétents est soumis au secret de fonction et au secret professionnel au sens des art. 320 et 321 du Code pénal. Il n'est pas tenu de témoigner en justice ni de donner des renseignements si les déclarations qu'il pourrait faire concernent la situation de la personne prise en charge ou une infraction visée à l'art. 19a.

5 Les services de l'administration et les professionnels visés à l'al. 1 qui apprennent qu'une personne qui leur est confiée a enfreint l'art. 19a ne sont pas tenus de la dénoncer.

## POST-SCRIPTUM

# LES JEUNES ET LE TABAC: ANALYSE DES QUESTIONS POSÉES SUR LE SITE CIAO.CH

*Béatrice Salla, responsable de projets à Ciao.ch*

**Quelles sont les questions des jeunes par rapport au tabac et comment utilisent-ils le site ciao.ch pour y répondre ? L'analyse des questions posées sur le site www.ciao.ch entre 2005 et 2008 révèle une préoccupation quant aux risques pour la santé et au risque de dépendance. Il s'agit souvent de jeunes qui n'ont pas encore fumé, ou alors de manière expérimentale. La plateforme sert ainsi à renforcer les messages préventifs, de manière non jugeante et anonyme.(réd.)**

L'Association romande CIAO œuvre pour la promotion de la santé et la prévention auprès des jeunes Romands de 13 à 20 ans. Les adolescents trouvent sur son site www.ciao.ch plus de 1'600 pages d'informations rédigées spécialement pour eux, sur de nombreuses thématiques qui les intéressent: sexualité, drogues, relations, violences, travail, santé, poids, internet, valeurs, racisme, droits ou encore estime de soi et argent. CIAO se présente donc comme une plateforme d'information, ce qui constitue un des points clé du projet. Les jeunes peuvent ainsi entrer en contact avec des sujets sur lesquels ils ne se sont pas encore interrogés, et savent où revenir quand ils y sont confrontés d'une manière ou d'une autre.

Ils peuvent également poser des questions anonymement et gratuitement directement sur le site et obtenir des réponses de spécialistes dans les 3 jours ouvrables. CIAO a d'abord été présent sur Vidéotex et est passé sur internet en 1997. Il a répondu au fil des ans à près de 100'000 questions de jeunes sur tous les sujets qui les concernent. Ces questions et leurs réponses constituent une véritable base de données permettant d'explorer la manière dont les jeunes abordent les problèmes qu'ils rencontrent; elles constituent de plus un observatoire de choix pour savoir ce qui préoccupe vraiment cette classe d'âge.

## UNE ANALYSE DES QUESTIONS POSÉES SUR LE TABAC: CONSTITUTION DU CORPUS

Une partie de ciao.ch traite de la question du tabac: des informations spécifiques, des quiz et la possibilité de poser des questions à des professionnels d'Addiction Info Suisse permettent aux internautes de se renseigner sur ce sujet dans toutes ses dimensions. Ce sont ainsi des centaines de questions spécifiques qui ont été posées au fil des ans.

CIAO a décidé d'analyser celles posées entre 2005 et 2008, pour mieux cerner quelles sont les préoccupations des jeunes sur le tabac et quel rôle peut jouer une offre internet d'information et de prévention dans ce contexte. Cette analyse n'a aucune prétention scientifique; elle a pour unique

ambition d'offrir une photographie de la situation et de fournir des pistes de réflexion.

La récolte des questions s'est faite par le biais du moteur de recherche de CIAO et a permis de collecter l'ensemble des questions qui touchaient le tabac de manière directe ou indirecte dans les différentes rubriques proposées par le site. Le corpus final comprend 207 questions. Les éléments saillants de chaque question ont été intégralement retranscrits avec certains commentaires pertinents, telle que la durée de la consommation ou l'âge de la première cigarette. Le travail était bien évidemment limité à la quantité d'informations données par les jeunes eux-mêmes.

## LES PRÉOCCUPATIONS DES JEUNES SUR LE TABAC TELLES QU'ELLES APPARAISSENT SUR CIAO.CH

Sur CIAO, les internautes choisissent dans quelle rubrique ils désirent poser leur question; ce choix constitue un premier aperçu de l'angle sous lequel ils comprennent un sujet. Dans le cas du tabac, près de 80% des questions ont été posées dans la rubrique Drogues<sup>1</sup> et moins de 10% dans Santé, le solde se répartissant à égalité entre Sexualité et Relations. Cela tend à démontrer que le tabac est clairement identifié comme une substance nocive dont on peut devenir dépendant.

L'impact de la consommation sur la santé est présent dans 38% de l'ensemble des questions posées. Il est intéressant de relever que parmi ces questions se trouve une partie de celles qui parlent des nouveaux modes de consommation du tabac. La chicha, le snus et le tabac à priser ont fait leur apparition ces dernières années et les jeunes cherchent à s'assurer de la véracité des informations qui ont circulé à leur propos dans les préaux. Une offre interactive de questions-réponses comme celle de ciao.ch a ici tout son sens: c'est un bon endroit pour poser des questions sur les

<sup>1</sup> Cette étude s'est déroulée en 2008, soit avant la mise en ligne de la nouvelle version de ciao.ch en 2009. La refonte du site nous a permis de renommer certaines rubriques; c'est ainsi que la rubrique Drogues est devenue sur le site actuel « boire, fumer, etc ».

«nouveautés» et les jeunes l'utilisent fréquemment dans ce sens. Certains d'entre eux demandent d'ailleurs une sorte de classement de la nocivité des modes de consommation, cherchant manifestement à minimiser les risques qu'ils pourraient prendre.

Les jeunes qui ont posé des questions savent dans leur grande majorité que le tabac est mauvais pour la santé et le cancer est souvent identifié comme le risque le plus important: «Je voulais savoir si la cigarette était plus dangereuse pour les plus jeunes et pourquoi le serait-elle, demande un Vaudois de 13 ans. Ça pourrait les poumons tout autant que chez les adultes?» La plupart des fumeurs (33% des questions ont été posées par des jeunes que nous avons pu identifier comme fumeurs réguliers et 16% par des fumeurs occasionnels) désirent être rassurés par rapport à leur propre consommation: «Je me laisse tenter tous les 36 du mois par une taffe en soirée. Est-ce nocif?» Les jeunes se posent également de nombreuses questions sur d'éventuels effets secondaires du tabac: est-ce que la consommation de tabac interfère avec la croissance des seins? A-t-elle une conséquence sur la sexualité? Quelles sont ses interactions avec la pilule contraceptive? Et qu'en est-il du poids? Là aussi, CIAO joue un rôle dans la chaîne d'information et de prévention dans le domaine du tabac: identifié comme un site de spécialistes auquel on peut faire confiance, [ciao.ch](http://ciao.ch) est utilisé comme une source d'informations pendant la consommation, mais également avant d'entrer en consommation.

C'est là un autre aspect intéressant des questions: des internautes interpellent les répondants, ne sachant que faire de leur récente envie de consommer. «J'aimerais un conseil pour ne pas avoir envie de fumer, explique une jeune fille de 15 ans. Je n'ai jamais fumé, mais tout mon entourage fume... je n'aime pas la fumée, mais des fois, j'ai envie d'essayer. C'est normal?». L'influence des pairs est signalée dans 23% des questions posées: «depuis que j'ai vu un copain rouler sa cigarette, j'ai tout d'un coup eu envie de faire comme lui, de me mettre à fumer. Mais c'est mauvais pour la santé, donc je me demande quoi faire».

Les jeunes qui posent ces questions sont conscients des risques pour la santé, mais la tentation est forte et ils cherchent auprès de CIAO une marche à suivre ou des recommandations pour résister à ces nouvelles envies. L'anonymat de la démarche sur le site facilite cette demande de conseils, tout en leur donnant directement accès à des spécialistes du domaine. Cette «accessibilité» est un des points forts du travail de prévention effectué par CIAO: les jeunes viennent vraiment y chercher un regard d'adultes de référence, qui ne soient ni leurs parents, ni leurs professeurs et auprès desquels ils n'auront pas de comptes à rendre sur la décision qu'ils prendront. Ils se sentent libres de poser leurs questions, sans craindre le jugement de valeur ou les «sermons» que peuvent leur donner leurs proches.



Le risque de dépendance constitue une réelle préoccupation chez les jeunes qui ne fument pas ou qui sont dans une consommation expérimentale: 17% des questions posées abordent cette problématique. «Il y a quelques jours, j'étais à une fête avec toute une bande de copains et ils fumaient presque tous. Donc, j'ai voulu essayer. C'était ma première fois, et j'ai dû fumer deux ou trois cigarettes. Et franchement, cela fait idiot de dire ça, mais j'ai bien aimé. Donc, ils refont ce genre de fête toutes les deux semaines ou tous les mois. Est-ce que si je ne fume pas plus de 5 cigarettes lors de ces fêtes, mais plus du tout entre, je risque de devenir dépendante?» De nombreuses questions sont aussi descriptives que cette dernière: les internautes prennent la peine de présenter complètement leur situation pour avoir une réponse sur mesure. Ils recherchent une évaluation du risque effectivement pris, donnée par un ou une spécialiste du domaine, et qui donne en quelque sorte corps aux messages de prévention généraux qu'ils ont reçus auparavant. Ces questions participent donc à une démarche d'appropriation des messages reçus au préalable par les adolescents. CIAO joue un rôle dans cette réflexion en répondant dans les détails à une question et en partant du niveau de compréhension de l'internaute<sup>2</sup>. La réponse donnée est unique dans le sens où elle répond à une demande personnelle, mais également générale puisqu'elle apporte des éléments intéressants toutes les personnes qui ont les mêmes interrogations. Ce partage de connaissance est d'ailleurs évident dans les statistiques du site, qui montrent que chaque question-réponse est vue de 80 à 700 fois selon les rubriques.

<sup>2</sup> La réponse est donnée en fonction du ton et du vocabulaire utilisés par l'internaute dans sa question. C'est important, car de nombreux termes utilisés couramment en prévention ne sont pas directement compréhensibles pour des jeunes dès 13 ans, dont certains rencontrent de réelles difficultés en lecture. Par exemple, le mot «tabagisme» n'avait pas été compris par une partie d'un groupe focus auquel avaient été soumises des informations de [ciao.ch](http://ciao.ch) sur le tabac.

Souvent perçu à ses débuts comme un acte hautement social, le fait de fumer conduit à une dépendance dont les jeunes fumeurs prennent conscience plus ou moins rapidement: «Je me suis dit, bon, ma fille, ne crains rien, après ça sera FINI. Mais je demande sans arrêt des cigarettes à ma meilleure amie et maintenant je me dis: ce que tu es conne, tu n'aurais jamais dû commencer! T'es trop une bouffonne, maintenant tu ne pourras plus t'arrêter. Alors je suis paniquée en pensant que je suis une grande fumeuse et donc j'aimerais à tout prix arrêter. Le problème, c'est que je n'y arrive pas.». Contrairement à ce cas, la plupart des fumeurs qui ont posé des questions minimisent leur dépendance effective, assurant qu'ils arrêteront quand ils le désireront. Il est intéressant de relever qu'ils posent néanmoins des questions, ce qui tend à démontrer qu'ils considèrent leur consommation comme une source de problèmes, même si ils ne se centrent pas sur la dépendance.

Les 17% des questions reçues sont des demandes d'aide à l'arrêt, qui dépeignent bien l'ambivalence ressentie par les fumeurs: ils veulent arrêter pour leur santé, mais ils aiment fumer: «J'ai 15 ans et je fume depuis deux ans quotidiennement... J'ai augmenté: je suis passé de deux cigarettes à dix dans les grands jours (...) et aujourd'hui j'ai décidé d'arrêter... J'ai peur pour ma santé... Est-ce bien de prendre des substituts (un peu de snuff, un cigare?) ou est-ce mieux de baisser sa consommation à une ou deux cigarettes par jour? Je n'ai pas envie d'arrêter de fumer, j'aime tellement ça, mais je suis obligé, car j'ai peur pour ma santé». CIAO n'ayant pas vocation à effectuer des suivis, il n'est pas outillé pour une aide à l'arrêt: les réponses données proposent des pistes et présentent les différents lieux auxquels il est possible de s'adresser pour obtenir un suivi personnel.

Près de 13% des questions sont posées par des internautes qui se font du souci pour leurs proches, consommateurs: il peut s'agir d'un parent proche, d'amis, du petit copain ou de la petite copine. «La question est en rapport avec un ami qui compte beaucoup pour moi. Il se trouve qu'il fume et boit souvent de l'alcool et j'aimerais lui demander d'arrêter car j'ai peur pour sa santé. Il n'y a pas longtemps, un membre de ma famille est décédé d'un cancer du poumon». Comme sur le reste du site, le désir d'aider une tierce personne est plutôt féminin: les garçons sont moins de 6% à poser des questions sous cet angle.

## EN GUISE DE CONCLUSION

Les questions posées par les jeunes démontrent qu'ils cherchent à se faire une opinion sur le tabac et leur éventuelle consommation: ils cherchent une réponse personnelle par rapport à leur situation individuelle. Ils viennent vérifier sur CIAO leurs connaissances et la déclinaison dans la réalité des messages de prévention reçus au préalable et en quelque sorte «hors contexte» puisque souvent donnés avant que les jeunes ne soient confrontés au choix de fumer ou non.

C'est pourquoi une offre telle que CIAO constitue un maillon de la chaîne de prévention déployée sur le terrain par tous les organismes travaillant dans la lutte contre le tabagisme. L'anonymat, la possibilité d'obtenir rapidement une réponse sur sa situation personnelle et de pouvoir vérifier ses connaissances auprès de spécialistes sont des éléments expliquant le succès rencontré auprès des adolescents. C'est particulièrement important pour les interrogations sur le tabac: les campagnes de prévention s'adressent surtout aux non-fumeurs pour les convaincre de ne pas commencer, et les centres d'aide pour l'arrêt se concentrent surtout sur les fumeurs. La zone comprise entre ces deux extrêmes peut être couverte par une information et des conseils on-line ciblés sur les besoins et les questionnements des jeunes face au tabac.

**Courriel:**  
info@ciao.ch

**JOURNÉE  
CYBER ADDICTION**

**LE JEUDI 24 NOVEMBRE 2011**

**Plus d'informations sur notre site :  
WWW.GREA.CH**

# FORMATION ADDICTIONS

## PROCHAINES DATES DU GREA

**LE REPÉRAGE PRÉCOCE:  
CONCEPTS, STRATÉGIES ET PRATIQUES**

**Je 30 juin  
et ve 1<sup>er</sup> juillet**

**ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (NIVEAU 1)**

**Je 22, ve 23 septembre  
et ma 8 novembre**

**QUELQUES ÉCUEILS DE LA RELATION D'AIDE:  
CODÉPENDANCE, BURN OUT ET HOMÉOSTASIE**

**Lu 10 et ma 11 octobre**

**SAVOIR COMMUNIQUER AVEC LES MÉDIAS**

**Me 2 novembre**

**LA SEXUALITÉ COMPULSIVE, COMPRENDRE ET TRAITER**

**Lu 21 et ma 22 novembre**

**ADDICTIONS À L'ADOLESCENCE  
ET THÉRAPIE MULTIDIMENSIONNELLE**

**Me 30 novembre  
et je 1<sup>er</sup> décembre**

Info et inscriptions | [www.grea.ch](http://www.grea.ch) | 024 426 34 34

**GREAA**  
GROUPEMENT ROMAND D'ÉTUDES DES ADDICTIONS



**ADDICTION | INFO | SUISSE**

**[www.mamanboit.ch](http://www.mamanboit.ch)**

**[www.papaboit.ch](http://www.papaboit.ch)**

**et si je vidais ses  
bouteilles  
dans le  
lavabo ?**



En Suisse, des dizaines de milliers d'enfants et adolescents vivent avec un parent alcoolodépendant. Pour leur permettre de sortir du silence et de mieux comprendre leur situation, Addiction Info Suisse met à leur disposition un site Internet.

Adapté selon les âges, le site offre des informations, des témoignages, des adresses ainsi qu'un espace de discussion, ouvert tous les jours de 8h à 21h et modéré par un-e professionnel-le.

Des cartes de visite du site peuvent être commandées auprès de Jennifer Dieter, [jdieter@addiction-info.ch](mailto:jdieter@addiction-info.ch), tél. 021 321 29 76

Plus d'informations sur le projet: Corine Kibora, [ckibora@addiction-info.ch](mailto:ckibora@addiction-info.ch), tél. 021 321 29 75

**PRÉVENTION | AIDE | RECHERCHE**

# IMPRESSUM

**Adresse des éditeurs**

Addiction Info Suisse  
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupement Romand d'Etudes des Addictions GREA  
Pêcheurs 8, CP 638, 1401 Yverdon-les-Bains

**Rédaction :**

Corine Kibora, Addiction Info Suisse  
Jean-Félix Savary, GREA

**Comité de rédaction :**

Pierre-Yves Aubert  
directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève  
Cédric Fazan  
directeur A.C.T, Montreux  
Michel Graf  
directeur Addiction Info Suisse, Lausanne  
Etienne Maffli  
psychologue, Lausanne  
Viviane Prats  
enseignante EESP, Lausanne  
Gérald Progin,  
responsable Espace Prévention, Aigle  
Catherine Ritter,  
médecin, Genève

**Administration et abonnements :**

Claude Saunier  
Addiction Info Suisse  
CP 870  
1001 Lausanne  
tél. 021 321 29 85  
fax 021 321 20 40  
csaunier@addiction-info.ch

**Parution**

3 fois par an

**Abonnement**

Suisse: Frs 45.- par an  
Etranger: Frs. 57.- / 45 euros par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction.

**Photos**

Interfoto

**Ligne graphique**

SDJ.DESIGN  
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368



