

« Accompagner les jeunes consommateurs de substances pour qu'ils découvrent leurs potentiel et ressources »

Entretien avec Philippe Michaud,

médecin addictologue, directeur Csapa Nord-92 (Centre Victor-Segalen), Clichy-la-Garenne.

La Santé en action : Vous avez contribué à développer le repérage précoce et l'intervention brève en France : comment formez-vous les professionnels ?

Philippe Michaud : Le repérage précoce et les interventions brèves (RPIB) ont tout d'abord été développés au bénéfice des adultes mettant en danger leur santé du fait de leur consommation d'alcool mais sans être dépendants. Les formations s'adressaient donc aux intervenants de soins primaires, ce qui signifie en première intention, en France,

aux médecins généralistes. C'est pour eux que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis au point un questionnaire de repérage, l'AUDIT¹ [1] et que le programme « Boire moins c'est mieux » que je coordonnais en lien avec l'OMS a développé et validé un autre outil, le FACE² [2].

S. A. : Et au-delà des médecins généralistes ?

P. M. : Effectivement, très vite, d'autres publics professionnels ont pu profiter de la démarche, notamment les médecins et les infirmières en santé au travail, les sages-femmes... En effet, la problématique est commune : sans repérage actif, pas de demande d'aide, car les personnes qui consultent ne se plaignent pas de dommages dus à la consommation d'alcool, soit qu'ils n'en

naient pas encore, soit qu'ils ne fassent pas le lien entre leur consommation d'alcool et les troubles dont ils se plaignent. Et les professionnels de santé, qui ont beaucoup de missions à remplir, sont, avec cette démarche, rassurés de pouvoir intervenir efficacement chez les personnes qui représentent le « cœur de cible » du RPIB : non dépendantes, elles réduisent sous l'effet d'une intervention brève, plus d'une fois sur deux, leur consommation au point de repasser à un faible niveau de risque. Ces interventions s'inspirent de l'entretien motivationnel, en ce sens qu'elles donnent aux patients la responsabilité du choix de réduire ou non, sur la base de leurs propres motivations et en ayant recours à la stratégie de réduction qu'ils jugent le plus adaptée. À noter que nous avons montré qu'un livret écrit délivré au patient augmente la probabilité de succès.

S. A. : Ces interventions sont globalement destinées aux adultes. Et les jeunes ?

P. M. : Après les adultes, il est apparu évident – sur la base des expériences publiées – que l'on ne pouvait que développer cette approche chez les jeunes. L'adolescence est en effet un âge où l'on expérimente des produits, et le risque est éminemment variable selon les produits, l'âge, le contexte, la psychologie, les facteurs protecteurs... Nous nous sommes donc appuyés sur l'expérience québécoise et avons adopté comme outil de première évaluation du niveau de risque le questionnaire DEP-ADO³ [3]. Comme l'AUDIT et le FACE, il permet de distinguer ceux qui sont dans le risque très élevé ou déjà confrontés à des dommages – qu'il convient d'adresser à des intervenants spécialisés – de ceux

qui sont dans le risque débutant. Mais ce questionnaire tient compte de toutes les consommations.

S. A. : Quels sont les premiers professionnels concernés ?

P. M. : En première intention, les infirmières et les médecins scolaires. Mais il est assez vite apparu que fréquemment, les jeunes adressés dans les consultations jeunes consommateurs (CJC) ne sont pas nécessairement à haut risque, du fait du recrutement de ces consultations qui a souvent plus à voir avec l'activité policière ou judiciaire et l'inquiétude des parents, qu'avec les dommages liés à la consommation.

En milieu scolaire, l'infirmerie est, au mieux, un havre d'écoute et de confidentialité – quand l'infirmière et le médecin ne sont pas trop débordés ! Le questionnaire DEP-ADO donne les moyens d'ouvrir le dialogue, d'aider à l'autoévaluation du risque, de savoir qui est le mieux placé pour intervenir auprès du jeune. Et le plus souvent, si consommation à risque il y a, il est possible d'influencer le devenir du jeune en lui permettant de fonder un processus d'arrêt ou de réduction sur des objectifs ou des motivations personnels, comme chez les adultes. Mais il faut aussi créer du lien entre les intervenants de première ligne et ceux qui assurent le deuxième recours, c'est pourquoi nous préconisons des formations partagées. En résumé, même sans citer les développements plus récents de la prévention secondaire en addictologie, apprendre à repérer et à intervenir sur un mode motivationnel, c'est se donner les moyens, quel que soit le public qu'on reçoit, d'influencer positivement le devenir de ceux qui, en son sein, consomment de façon dangereuse.

L'ESSENTIEL

▣ L'entretien motivationnel permet aux consommateurs qui se mettent en danger d'oser explorer les bénéfices qu'ils trouveraient à réduire leur consommation.

▣ Une écoute chaleureuse, empathique, encourageant l'autonomie, permet au jeune de s'exprimer voire de changer son point de vue.

▣ Pour les professionnels, il s'agit d'un apprentissage pour intervenir efficacement sur les changements de comportement.

S. A. : Quelles formations et modalités d'intervention développez-vous auprès des professionnels, et pour quels résultats ?

P. M. : Pour nous, la formation doit permettre d'expérimenter les outils pratiques et l'état d'esprit des interventions fondées sur l'entretien motivationnel. Ce sont les personnes qui répondent à ces questionnaires qui sont au centre, qui livrent dans leurs réponses des éléments sur les dommages ressentis et qui, dans une atmosphère non jugeante, peuvent oser dire qu'ils trouveraient des bénéfices à réduire leurs consommations.

L'information est utile, à condition qu'elle soit adaptée et consentie, non menaçante et imposée. Par exemple, ce qu'on appelle techniquement le « feedback normatif » est une information qui permet à une personne, par exemple une jeune fille de 16 ans qui dit qu'elle fume « *du cannabis comme tout le monde* », d'entendre qu'elle fume comme 3 % des jeunes filles de son âge, ce qui change son point de vue. Mais le moteur le plus efficace du changement, ce pourrait être la réponse qu'elle donne à la question « *De ton point de vue, quel bénéfice pourrais-tu trouver à réduire ou arrêter ta consommation de cannabis ?* », car cette réponse vient d'elle, et non de l'intervenant ; et si on lui demande de citer un autre bénéfice pour elle, sa deuxième réponse sera encore plus personnelle, et ainsi de suite, sans presser l'allure et en vérifiant pas à pas que l'on comprend bien son point de vue, jusqu'à ses valeurs personnelles les plus solides, souvent bien loin des préoccupations de ses parents... et de l'Éducation nationale. Et on peut faire le lien avec les réponses données aux questions de la DEP-ADO, par exemple : « *Tu as aussi répondu que ta consommation nuisait quelquefois à tes relations amicales, à quoi pensais-tu en répondant cela ?* ».

S. A. : L'intervenant doit donc changer de posture ?

P. M. : Effectivement, pour apprendre à intervenir efficacement sur les changements de comportements, il convient de se défaire de sa position d'expert et même de veiller à ne pas prendre un tour et un ton « parental » dans sa communication. L'expertise de l'intervenant doit se fixer sur sa mé-

thode de communication : chaleureuse, empathique, respectueuse de l'autonomie et même l'encourageant, croyant dans les potentiels et les ressources du jeune consommateur. C'est donc bien accompagner les jeunes consommateurs de substances pour qu'ils découvrent leur potentiel et leurs ressources.

Les formations ne visent donc pas seulement à apprendre les aspects techniques de cette forme de communication (l'écoute réflexive, les questions ouvertes, les valorisations, etc.), mais surtout à s'imprégner de cet état d'esprit de respect profond et d'encouragement, qui favorise l'expression de l'avantage qu'il y a pour ce jeune à changer, de son point de vue. Ces formations sont exigeantes, car au-delà des séminaires « de débrouillage », il est clair qu'un bon savoir-faire en entretien motivationnel s'acquiert à travers un processus de supervision. Et pour les prochaines initiatives 2014 (avec l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes, l'Éducation nationale et les CJC de cette région), l'ensemble du processus vise à donner à quelques personnes travaillant sur le terrain la possibilité d'accéder à un savoir-faire clinique leur permettant à l'avenir de le disséminer en position de formateurs.

S. A. : Quelles sont vos recommandations compte tenu des limites auxquelles sont confrontés sur le terrain ces professionnels ?

P. M. : D'abord apprendre à faire le simple ! Si les personnes non dépendantes répondent bien à l'approche du RPIB, c'est qu'elles n'ont habituellement aucune culpabilité attachée à leur consommation : elles « *consomment comme tout le monde* », et même si c'est plus que la moyenne, c'est acceptable socialement, au moins dans leur groupe. Mais elles ne sont pas rétives à l'information si on leur demande l'autorisation de leur en donner, elles en font leur miel et font le lien avec les raisons de changer que suscite la « question magique » : « *De votre point de vue, etc.* » (voir ci-dessus).

S'essayer à repérer avec un questionnaire (ils sont disponibles gratuitement sur Internet), c'est se donner l'occasion de rencontrer des dizaines de personnes dans cette situation et

de se convaincre, par l'expérience, de l'acceptabilité et de l'efficacité de cette pratique de l'intervention brève. Ensuite, viendra le temps de raffiner – et la formation à l'entretien motivationnel y aide – comme d'échanger avec des personnes qui rencontrent le même public, notamment ceux qui le reçoivent en deuxième recours. L'Ipps⁴, le Respadd⁵ et d'autres structures peuvent répondre aux demandes de formation issues des administrations ou du terrain. ■

Propos recueillis par Yves Céry

1. Alcohol use disorders identification test.
2. Formule pour apprécier la consommation par entretien.
3. Grille de DEPistage des consommations problématiques d'alcool et de drogues chez les ADOlescent(e)s.
4. Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (21, rue Médéric – 92119 Clichy).
5. Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (102, rue Didot – 75014 Paris).

Sources

- Rollnick S., Miller W.R., Butler C. *Pratique de l'entretien motivationnel. Communiqué avec le patient en consultation*. Paris : InterEditions, coll. Développement personnel et accompagnement, 2009 : 256 p.
- Miller W.R., Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions, coll. Développement personnel et accompagnement, 2^e éd., 2013 : 448 p.
- Naar-King S., Suarez M. *L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes*. Paris : InterEditions, coll. Développement personnel et accompagnement, 2011 : 320 p.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): who collaborative projet on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. *Addiction*, 1993, vol. 88, n° 6 : p. 791-804.
- [2] Arfaoui S., Dewost G., Demortière G., Michaud P., Dewost A.V., Abesdris J., et al. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». *La Revue du praticien - Médecine Générale*, 2004, tome 8, n° 641 : p. 201-205.
- [3] Landry M., Guyon L., Bergeron J., Provost G. Évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. Développement et validation d'un instrument. *Alcoologie et Addictologie*, 2002, vol. 24, n° 1 : p. 7-13.