

Évaluation et repérage des usages problématiques : concepts, outils, expériences

Introduction au repérage des usages problématiques : contexte et concepts

Baptiste COHEN

LE CONTEXTE

Pour introduire note sujet sur « l'évaluation et le repérage des usages problématiques », permettez-moi de revenir au contexte qui a présidé à la rédaction, sur ce point, du cahier des charges.

Le projet de ce nouveau dispositif n'est pas de recevoir en consultation tous les fumeurs de cannabis pour les soigner. Il est de **créer une nouvelle catégorie de compétence**, dont le contour doit peu à peu être précisé et évalué, avec l'objectif ultime d'aider ceux dont les consommations sont en train de devenir problématiques à revenir à des comportements moins risqués ainsi que ceux qui ont besoin d'une aide ou de soins plus spécialisés à y avoir accès.

Cette « **compétence institutionnelle** » a été créée avec des lieux identifiés, et identifiables, pour parler de cette consommation dont les dangers et les dommages ne sont ni systématiques ni toujours évidents, tant pour les usagers eux-mêmes que pour leur entourage. Ainsi une partie du problème que nous cherchons à résoudre ensemble tient à ce que la consommation de cannabis (on peut dire la même chose de l'alcool) peut sembler sans dangers pour trois raisons majeures :

- La majorité des consommateurs n'en perçoivent pas les dommages, ni à court terme, ni à long terme.
- Les dommages liés à un usage nocif, excessif, inadapté semblent toujours liés à des phénomènes psychologiques et sociaux ayant eux-mêmes d'autres déterminants.
- Les dommages dus à la consommation surviennent ou deviennent perceptibles après plusieurs années et il est difficile d'accepter que des difficultés trouvent une partie de leur origine dans une consommation qui, pendant longtemps n'a pas semblé poser de problèmes.

Il y a donc une difficulté importante à affronter, en addictologie, qui est **d'intervenir à contre-temps**. C'est-à-dire à un moment qui ne correspond pas à celui de la demande ou du besoin. Je sais que c'est un paradoxe terrible et quasiment inconcevable pour nos esprits forgés à une clinique du désir et du sujet. Mais nous touchons là une question absolument essentielle, centrale, dans ce dispositif nouveau qu'est celui des consultations cannabis : il est articulé à la fois à celui du soin (ce qui en permet le financement par l'Assurance maladie) et à celui de la prévention dont les objectifs sont en général perçus comme relevant de la pédagogie plus que de la clinique. Or la prévention suppose que l'on intervienne auprès des personnes avant qu'elles ne soient en danger et, a fortiori, avant qu'elles ne le perçoivent.

Ce nouveau réseau n'est pas seulement un dispositif institutionnel et administratif. Il a une vocation clinique et, par nature, il suppose des **compétences professionnelles**, avec des savoirs et des savoir-faire même si, compte tenu de ce que je viens d'évoquer ceux-ci doivent être précisés car ils n'utilisent pas les mêmes repères conceptuels et n'ont pas les mêmes objectifs que ceux de la prise en charge des personnes toxico-dépendantes.

D'une certaine manière ce dispositif prolonge **l'élargissement du champ de compétence de l'addictologie en explorant de nouvelles frontières** : celles qui se trouvent entre l'usage simple, occasionnel, festif et l'usage en train de devenir trop fréquent et régulier, usage susceptible de devenir problématique, usage habituel qui risque peu à peu de conduire à la dépendance, de provoquer des dommages.

On a l'habitude, dans le soin spécialisé, d'intervenir pour « faire sortir » les gens d'une situation où ils sont mal, malheureux. Ici, nous cherchons à intervenir pour éviter qu'ils y entrent trop profondément et s'y enkystent.

Il faut aussi ajouter que si la prévention intervient à contretemps – lorsqu'un problème ne se pose pas – **elle intervient aussi à contre-courant** en signalant le danger ou le risque alors que la personne en perçoit les effets bénéfiques, **le plaisir**. Le soin doit comprendre la souffrance, l'entendre dans toutes ses manifestations, et le soignant doit faire entendre qu'il entend la souffrance de son patient. On peut dire la même chose de la prévention, mais en le rapportant au plaisir. La prévention doit reconnaître le plaisir, y compris dans ses formes paradoxales qui peuvent aller jusqu'à trouver de la jouissance dans l'échec et, considérant la personne dans sa globalité, lui faire entendre que son plaisir est reconnu. La reconnaissance est une clé du dialogue. Elle ne se construit que dans la mutualité. Je te reconnais. Tu me reconnais. Pourquoi nos métiers des sciences humaines échapperaient-ils à ces vérités toutes simples ?

¹Mais toute la complexité vient de là. Les consultations cannabis ne relèvent ni de l'éducation à la santé ni de la prise en charge, ni de la prévention ni du soin. Elles se situent à leur intersection. C'est intéressant sur le plan conceptuel mais il faut donc définir peu à peu ce nouveau territoire et les compétences qui devront l'habiter.

Les Consultations cannabis sont des lieux où l'on pratique une « **clinique de la prévention** ». On y traite de questions singulières, on y accède individuellement, même si ce n'est pas toujours volontairement, on y trouve une éthique de la relation et de la confiance mais on y engage pas de relations soignantes ni thérapeutiques, on n'y fait ni éducation, ni prise en charge, ni rappel à la loi, ni diagnostic, on en y attend pas de guérison.

Ces éléments de contexte général me semblent indispensables pour introduire mon sujet particulier qui est celui du repérage des usages problématiques et des outils.

¹ En italique : passages non lus pour raccourcir l'intervention.

POURQUOI LA QUESTION DU REPÉRAGE A-T-ELLE ÉTÉ (IM)POSÉE ?

Non pas parce qu'elle permet de résoudre les problèmes mais parce qu'elle est **partagée** par le public, par les professionnels de tous les secteurs (de l'éducation à la répression en passant par la santé ou le droit du travail), par les consommateurs eux-mêmes et par les professionnels du soins ou de l'insertion : **Sait-on repérer les usages problématiques de cannabis ?**

Évidemment, derrière cette question simple se cachent une série de questions que nous avons tous sur les lèvres : Toute consommation doit-elle être considérée comme problématique ? Faut-il attendre que les problèmes apparaissent pour considérer une consommation comme problématique ? Peut-on envisager de repérer des usages problématiques à un moment où ils ne le sont pas encore mais où ils sont déjà suffisamment sérieux pour que l'on puisse penser qu'ils pourraient le devenir, à court ou moyen terme ?

Il ne s'agit pas d'une interrogation sur la capacité individuelle des intervenants spécialisés à repérer les situations où les usages sont problématiques. Il s'agit plutôt d'une interrogation sur **l'articulation de la clinique et de la santé publiques** :

- **LES CRITÈRES**

Comment faire pour que nous ayons quelques **critères communs** qui nous permettent de décrire les consommations du public auprès de qui nous exerçons nos pratiques ? ... dès lors que ces pratiques s'inscrivent dans un cadre commun ? Autrement dit, comment faire pour nous puissions échanger facilement des données sur les publics que nous recevons en ayant des critères et des indicateurs communs de leur consommation ? La clinique, les vignettes cliniques ne suffisent pas à se faire une représentation des populations. Il est vrai que nous ne travaillons pas avec des populations mais avec des personnes. Pour autant il faut trouver des moyens simples de décrire l'ensemble des personnes reçus au regard de ce qui motive l'existence même de ce dispositif, à savoir leurs consommations de produits psychoactifs. Que ces consommations soient, ou non, à l'origine de difficultés, de besoins de « soins », de dommages quelconques.

En cela la standardisation d'outils d'observation des consommations ne suppose pas une standardisation de la clinique mais vise à permettre des échanges, des études, voire de la recherche en associant des praticiens ayant des pratiques singulières mais se donnant un **point commun d'observation** sur les consommations du public qu'ils reçoivent.

- **LA TRANSMISSION**

Si les intervenants spécialisés se mettent d'accord sur des signes qui permettent de repérer des consommations problématiques ou susceptibles de le devenir, encore faut-il qu'ils **fassent connaître aux professionnels non spécialisés ?...** afin qu'ils puissent, à leur tour et le plus tôt possible les repérer. Autrement dit, comment des personnes connaissant peu les problématiques liées à l'usage de drogues pourraient repérer suffisamment tôt des consommations problématiques,

- sans qu'elles considèrent comme problématiques tous les usages ;
- sans qu'elles attendent de constater des problèmes sérieux pour faire un lien avec une éventuelle consommation de cannabis ;
- sans qu'elles ne se réfèrent qu'à leur seule perception ou histoire personnelle ou au seul cadre légal pour faire le constat d'éventuelles difficultés individuelles ;

- sans qu'elles se déclarent « incompetentes » dès lors qu'elles constatent des comportements dont le caractère illicite ou, à leur yeux, pathologique leur semble relever d'un autre champ que celui de leurs responsabilités ?

Par ailleurs, il n'est pas réaliste de croire que seuls les intervenants spécialisés peuvent ou doivent intervenir devant des consommations problématiques. Il serait donc dommage que cette notion de consommation problématique ne soit pas explicitée d'abord par les professionnels qui les connaissent le mieux.

La notion d'outil doit être prise ici comme elle l'est en pédagogie : un enseignement sans pédagogie n'est compréhensible qu'à la condition du charisme de l'enseignant. Mais un enseignant sans charisme n'est compréhensible qu'à la condition d'avoir une pédagogie de qualité, c'est-à-dire de suivre une méthode, un programme. Les uns ont du génie, leurs élèves ont de la chance. Les autres ont de la méthode : c'est pas toujours excitant mais ça sauve les élèves. Le problème se pose quand certains n'ont ni l'un ni l'autre.

- **L'OBJECTIVITÉ**

Comment faire pour que les professionnels apprécient les situations consommations sans s'appuyer uniquement sur leur propre expérience (professionnelle, voire personnelle) ? Cette interrogation concerne des situations différentes :

- **Celle des intervenants** spécialisés qui, on l'a vu, ont à intervenir dans un cadre conceptuel et clinique nouveau – celui de l'intervention précoce, à la frontière entre prévention et soin – dans lequel il faut élaborer des repères nouveaux.
- **Celle des professionnels** non spécialisés, qui ont besoin d'outils, de méthodes, pour repérer des problèmes fréquents mais dont l'évidence ne saute pas aux yeux.
- **Celle des consommateurs** eux-mêmes à qui il paraît indispensable de garantir que le regard que l'on porte sur leurs consommations n'est pas entièrement soumis à la subjectivité de leur interlocuteur. C'est probablement ici que l'on comprend pourquoi l'utilisation de questionnaires simples centrés sur quelques points d'observation de la consommation est, bien souvent, très bien perçue par les consommateurs, y compris par les jeunes.

L'utilisation d'un questionnaire peut faciliter la description de la consommation par le consommateur lui-même sans qu'il ait l'impression d'une introspection « à l'insu de son plein gré » et qui porterait d'emblée sur ce qu'il lui semble lui être reproché.

D'autre part, la consommation n'est pas comparée à la perception qu'en a leur interlocuteur mais à celles des autres consommateurs auprès de qui ces outils sont utilisés et ont été étalonnés.

Cela suppose, bien sûr, d'expliquer la démarche et non pas de l'imposer comme le moyen le plus efficace d'y voir clair dans un comportement auquel on ne comprend rien ou « qui serait déjà problématique pour la simple raison qu'il est illicite (usage de cannabis) ou qu'il est réservé aux adultes (ivresse alcoolique) ».

*Le repérage n'est pas d'abord une question clinique, c'est **une question qui toutes traverse les situations où peuvent se trouver des consommateurs** de cannabis : école, famille, circulation routière, milieu professionnel, consultation infirmière ou médicale, etc.*

LE REPÉRAGE : UN OBJET DE RECHERCHE

Aujourd'hui, les recherches sur le repérage se déploient autour de trois axes principaux :

- **LES ENQUÊTES EN POPULATION GÉNÉRALE**

Cet axe concerne l'élaboration et la validation d'outils, simples, pour comptabiliser dans une population donnée la proportion de ceux dont l'usage est plutôt sans risque, plutôt problématique, franchement nocif, dépendant. Ces outils, en quelques questions (en général moins de 10) ont une visée collective, statistique, populationnelle plus que clinique. Ils ne permettent pas de filtrer avec finesse ceux qui, sans aucun doute n'ont besoin de personne (sensibilité) et ceux qui, certainement, ont besoin d'aide (spécificité). Ils sont faits pour aller vite et sont étalonnés pour indiquer des ordres de grandeur et non pour initier des diagnostics individuels. La littérature montre d'ailleurs que ces recherches rencontrent des difficultés, par exemple lorsqu'il faut définir la dépendance que l'on cherche à repérer.

Leur utilisation comme support d'un premier échange sur le thème de la consommation, même si cet échange n'a pas été demandé par la personne et si cet outils ne permettra pas d'établir un bilan singulier de la « gravité » de la consommation, peut devenir le point d'appui d'un dialogue dont l'utilité a été prouvée et appréciée par les patients eux-mêmes.

- **LE SOIN**

Le deuxième axe est celui du soin ; il rejoint la notion, plus complexe et plus ancienne de l'évaluation de la dépendance et des troubles associés, dépression, anxiété, troubles du comportement, etc. L'objectif de ces recherches est de trouver et d'utiliser à des fins thérapeutiques, des indicateurs permettant de caractériser le phénomène très complexe de la dépendance et des « souffrances » qui y sont liées. Ces recherches utilisent des questionnaires complexes de plusieurs dizaines de questions (dont la passation peut prendre plusieurs dizaines de minutes) visant à explorer de nombreux aspects de la vie émotionnelle, sociale, psychique, de la personne.

Évidemment, l'objectif, réalisé ou non, est de construire avec la personne un schéma d'accompagnement thérapeutique qui prenne en compte des éléments essentiels de sa personnalité et de sa propre vie intérieure. Les travaux sur l'évaluation des dépendances et des troubles psychiques ont fait l'objet de nombreuses publications de référence.

C'est avec les données issues de ces travaux que sont comparées les scores des échelles simples de repérage ou de dépistage dont nous avons parlé plus haut. Le principe méthodologique consistant à **comparer les réponses de différentes catégories de consommateurs et de non consommateurs à des questionnaires simples de repérage et à des questionnaires complexes d'évaluation** pour rechercher les niveaux de réponses et les groupes de personnes qui correspondent.

Ainsi peut-on arriver à démontrer qu'une majorité de consommateurs qui répondent positivement à deux ou trois questions d'un questionnaire basique correspondent, effectivement assez bien, à ceux dont l'évaluation bien plus fine et complète fait apparaître des situations problématiques ou susceptibles de le devenir. Le risque serait de croire que l'on peut arriver, grâce à la statistique, à se passer d'entretiens approfondis pour aborder des situations aussi complexes que celles que nous connaissons en addictologie. Je le répète, les réponses aux

questionnaires ne déterminent pas les modalités d'accompagnement individuel dont les personnes ont besoin.

Entre les outils de repérage en population générale et les outils d'évaluation clinique, il est important de bien comprendre la différence de nature.

- **LA PRÉVENTION**

Enfin l'axe de la prévention est, à mon sens, le plus innovant. Il a été particulièrement bien développé par les Québécois dont les travaux sont notamment poursuivis en Europe par nos amis Suisses. Il vise à élaborer, à adapter, à promouvoir des outils de repérage (questionnaires simples centrés sur la consommation) dont l'utilisation ne vise pas à distinguer deux catégories de population, selon le caractère problématique ou non de ses consommations. Les concepteurs de DEPADO, dont Monique Bologoini va vous parler, ont amené l'idée nouvelle que, devant les usages problématiques des jeunes consommateurs de produits psychoactifs (ce questionnaire n'est pas spécifique au cannabis), **les premières personnes qui doivent changer leurs comportements, en fonction des réponses aux questionnaires de repérage sont les adultes qui les utilisent, avant les jeunes eux-mêmes.** Je ne vais pas développer mais seulement souligner que le DEPADO distingue trois catégories dans les niveaux de réponse (en fonction des consommations décrites par le consommateur lui-même) :

- Celles des **usages simples**, sans signes d'alarmes : les jeunes concernés devront continuer d'être informés, sans oublier que leurs comportements peuvent évoluer.
- Ceux dont les usages sont manifestement **déjà problématiques** ou en train de le devenir : ils ont besoin d'être aidés à rencontrer une équipe compétente et généraliste car rien ne dit, à ce stade, si la consommation est cause ou conséquence des problèmes qui peuvent y être liés. Attention, disent nos cousins : **l'éthique** veut que l'on utilise pas ce type d'outil si l'on a pas des solutions d'orientation et d'accompagnement vers les structures spécialisées à proposer aux jeunes concernés. Le repérage engage la responsabilité de celui qui le propose.
- **Ceux dont les usages ne sont ni dans l'une ni dans l'autre catégorie.** Leurs consommations ne semblent pas trop graves mais déjà importantes (quantité, rythme, antériorité, produits, circonstances, etc.), leur caractère problématique n'est pas évident mais le risque qu'elles le deviennent est sérieux. Devant eux, ceux dont l'usage est susceptible de devenir problématique, **la responsabilité des intervenants est engagée**, non pas pour « traiter », prendre en charge ou soigner, mais pour développer une prévention adaptée à la réalité des comportements, une prévention qui puisse, selon les cas, aider à la réduction de l'usage ou la réduction des risques, aider au développement de la responsabilité (ne pas fumer avant les cours, avant de conduire...) ou à la prise en compte des facteurs de vulnérabilité (contexte social, familial, scolaire, etc.).

Bien au-delà des outils et des scores, le repérage est une problématique qui peut déranger car elle semble prendre pour cible des comportements plus que des personnes mais elle suppose aussi un décentrement, un changement de point de vue, un décloisonnement des pratiques et des idées. Pour ma part c'est l'intérêt que j'y voie.