

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES·SO
en travail social

Haute École de Travail Social - HES·SO//Valais-Wallis

**Actions de prévention des éducateurs et éducatrices face à la
consommation de cannabis des adolescent·e·s :
des représentations aux actions**



Réalisé par: Noémie Epiney
Promotion : BAC ES 20 PT
Sous la direction de: Angélique Wüthrich
Sarah Jurisch Praz

Sion, le 27 janvier 2023

Remerciements

Je tiens à remercier celles et ceux qui m'ont soutenue lors de la réalisation de ce travail de Bachelor, notamment :

- Les éducateurs et éducatrices qui ont eu la gentillesse de donner de leur temps pour partager un peu de leur pratique avec moi.
- Madame Angélique Wüthrich et Madame Sarah Jurisch Praz, mes directrices de mémoire, pour leurs remarques et conseils.
- Laurent qui, le premier, m'a poussé à me lancer dans cette nouvelle formation.
- Mes proches, qui m'ont encouragé tout au long de mon cursus.
- Louiza et sa maman, qui ont égayé ma page de titre.

Et plus particulièrement ma famille : Jack, Morgane, Zoé, Louise et Joëlle, qui ont rendu tout cela possible.

Avertissements

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure. Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteur·e·s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assume avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche. Je certifie également que le nombre de signes de ce document (corps de texte, espaces compris) est de 76874 caractères.



Résumé

Au sein d'une institution accueillant des adolescent·e·s, les situations de consommation de cannabis peuvent être monnaie courante. Tenu·e·s de mettre en place un accompagnement qui protège ces jeunes tout en les aidant à acquérir les outils nécessaires à leur indépendance d'adultes en devenir, les éducateurs et éducatrices ont, vis-à-vis de ces problématiques, une posture qui n'est pas unique. Dans le cadre de ce travail, j'ai exploré comment les représentations qu'ont ces professionnel·le·s de la consommation de cannabis à l'adolescence influencent cette posture, et, de fait, leurs actions de prévention auprès des jeunes.

Afin de répondre à mes questionnements, je me suis intéressée : aux notions de représentations sociales, de prévention, de risque et de norme ; à la place du travail social dans le champ de la prévention ; à la consommation de substances psychotropes à l'adolescence. J'ai ensuite mené des entretiens semi-directifs avec quatre éducateurs et éducatrices travaillant au sein d'institutions accueillant des adolescent·e·s dans le but de faire des liens entre leur vision de la problématique et leur posture professionnelle.

Mon analyse de ces entretiens m'a fait situer ces postures sur un continuum allant d'une *posture didactique d'encadrement* vis-à-vis d'une situation intrinsèquement risquée, à une *posture pragmatique de soutien* face à une consommation qui peut comporter des risques.

Suite à cette analyse, je propose des pistes d'action visant à diminuer les tensions vécues par les personnes concernées.

Mots clés

Représentations sociales - Adolescence – Prévention – Cannabis – Accompagnement

Table des matières

Introduction	8
1 Représentations sociales	9
1.1 Fonctions des représentations	9
1.2 Théorie du noyau central	10
2 Consommation de psychotropes	11
2.1 Types de consommations	11
2.1.1 Propriétés chimiques des psychotropes	12
2.2 Expérience de consommation	13
2.3 Consommation de psychotropes à l'adolescence	14
2.3.1 Consommation de cannabis à l'adolescence	15
2.3.2 Consommation à risque ou comportant des risques	15
2.3.3 Conduites adolescentes	16
2.4 Stratégie suisse en matière de drogue	17
2.4.1 Les quatre piliers	17
3 Prévention	19
3.1 Risque et norme	19
3.2 Prévention et travail social	21
3.2.1 Enjeux et tensions pour le travail social	21
4 Accompagnement social en institution accueillant des adolescent-e-s	23
4.1 Accompagnement social au quotidien	23
4.2 Rôle et mandat	23
4.3 Posture professionnelle	24
5 Problématique	26
5.1 Question et hypothèse de recherche	26
6 Méthodologie	28
6.1 Terrain d'enquête	28
6.2 Échantillon	28
6.3 Méthode de récolte de donnée	28
6.4 Méthode d'analyse des données	29
6.5 Réflexion éthique	29

7	Représentations des éducateurs et éducatrices	31
7.1	Adolescence et adolescent·e·s.....	31
7.2	Consommation de cannabis à l'adolescence.....	32
7.2.1	Types d'usages	32
7.2.2	Conséquences de la consommation et représentation du risque	33
7.3	Mandat.....	35
8	Activité de prévention des éducateurs et éducatrices	36
8.1	Accompagnement	36
8.2	Contrôle, sanctions et protocoles.....	37
8.3	Recours à des compétences externes	39
9	Synthèse.....	41
10	Partie conclusive.....	43
10.1	Limites de l'étude	43
10.2	Pistes d'action professionnelles.....	43
10.2.1	Au niveau individuel	43
10.2.2	Au niveau institutionnel	45
10.3	Bilan	46
10.4	Conclusion générale	47
	Bibliographie	49
	Annexes	55
	Annexe 1 - Types et niveaux de prévention.....	I
	Annexe 2 - Actions et politiques de prévention	III
	Annexe 3 - Le travail social dans le champ de l'addiction	VII
	Annexe 4 - Grille d'entretien.....	VIII
	Annexe 5 - Autres ressources.....	XIV

Table des illustrations

Figure 1: Potentiels toxique, addictif et de modification psychique des psychotropes	13
Figure 2: L'équation de l'expérience psychotrope E = SIC	14

Le seul univers que chacun de nous connaisse réellement,
il le porte en lui-même, comme une représentation qui est à lui ;
c'est pourquoi il en est le centre.

(Schopenhauer, trad. 1925)

Introduction

J'ai effectué ma première Formation Pratique (FP1) au sein d'une institution accueillant des adolescent·e·s et dans laquelle la prévention tenait une place importante. Si des intervenant·e·s extérieur·e·s étaient ponctuellement invité·e·s à faire part de leur expertise en la matière, les professionnel·le·s de l'institution avaient également pour mandat d'intégrer la prévention à leur pratique quotidienne.

À l'occasion d'échanges avec des professionnel·le·s, des proches ou des étudiant·e·s en travail social, j'ai eu l'occasion de voir que, s'il peut y avoir certains consensus, les représentations individuelles de ce qu'est la prévention peuvent être très différentes. Il semble en être de même pour le rapport que celle-ci entretient avec la norme (Pagani et al., 2018), rapport qui ne va de soi pour tous et toutes. Bien que le concept de norme soit largement connu et le terme présent dans le langage courant, lorsqu'on y fait référence c'est souvent en faisant fi des normes intégrées au point qu'elles ne sont parfois plus vues comme telles.

Ces situations m'ont amené de nombreux questionnements sur le rôle des éducateurs et éducatrices sociales en matière de prévention auprès des adolescent·e·s. Parce qu'il s'agit d'un champ de la prévention qui vise particulièrement les jeunes (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2020) je me suis plus spécifiquement intéressée à la prévention des addictions. Ma question de départ est alors : **« dans le cadre d'un foyer accueillant des adolescent·e·s, quelles activités de prévention en lien avec la consommation de cannabis les éducateurs et éducatrices ont-ils et elles ? »**

En raison de leurs valeurs, de leur compréhension de la situation ou parce qu'ils et elles poursuivent des finalités différentes, les professionnel·le·s ont une lecture propre de ce qui « pose problème », ou de ce qui représente un risque. Ou même de ce qu'est un risque. Ces représentations guident les pratiques sociales comme ces dernières participent à la construction des représentations (Abric, 2016) ; et elles apparaissent en filigrane tout au long du cadre théorique de ce travail, qu'il s'agisse d'accompagnement social, de consommation de psychotropes ou de prévention.

1 Représentations sociales

Telle une grille de lecture, les représentations nous permettent de comprendre le monde qui nous entoure, de l'interpréter, de nous situer par rapport à lui. Parce que nous ne sommes pas isolé·e·s mais interagissons avec d'autres, la représentation sociale est « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 2003, p.53).

Donnant à l'objet dont il est question une définition spécifique, elle permet ainsi la communication entre personnes qui partagent cette représentation, cette réalité de l'objet. Mais, de fait, cette vision peut également être en désaccord avec celle d'autres groupes et générer des incompréhensions et des conflits, parce que fortement influencée par les valeurs et l'histoire du groupe qui la transmet et qui la considère comme un élément fondamental de sa perception du monde (Abric, 2005).

1.1 Fonctions des représentations

Pour Jean-Claude Abric (2016), les représentations peuvent avoir quatre fonctions :

- des *fonctions cognitives ou de savoir*, parce qu'elles nous permettent de comprendre et d'interpréter les objets, mais aussi de faciliter la communication sociale ;
- des *fonctions identitaires*, car elles sont garantes des spécificités d'un groupe donné en permettant « l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec des systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminés » (Mugny & Carugati, 1985, cité par Abric, 2016, p.21) ;
- des *fonctions d'orientation*, car elles orientent nos pensées et guident nos comportements et pratiques. Ainsi, la représentation « intervient directement dans la définition de la finalité de la situation » (p.22), et, parce qu'elle reflète les règles et normes d'un contexte social donné, elle y définit ce qui est permis, toléré ou interdit ;

- des *fonctions justificatrices des comportements*, puisqu'elles permettent d'expliquer ou de justifier les discours ou autres comportements adoptés vis-à-vis d'un objet, après qu'ils aient eu lieu.

Si les pratiques sociales participent à la construction des représentations, ces dernières guident donc également nos conduites, et sont alors observables autant dans le discours que dans les actions mises en œuvre (Jodelet, 2003). Influencés par les représentations, les comportements ne sont pas basés sur les réalités objectives d'une situation mais sur la représentation de celle-ci, comme l'illustre Abric (2016) :

La représentation ... ne suit pas, ne dépend pas du déroulement d'une interaction, elle la précède et la détermine. Ainsi, avons-nous pu montrer ... comment dans les situations d'interaction conflictuelle, le même comportement effectif d'un partenaire pouvait être interprété de façon radicalement différente (coopératif ou compétitif) selon la nature de la représentation élaborée par le sujet. L'existence d'une représentation de la situation préalable à l'interaction elle-même fait que dans la plupart des cas " les jeux sont faits à l'avance ", les conclusions sont posées avant même que l'action ne débute (p.23).

1.2 Théorie du noyau central

La théorie du noyau central (Abric, 1976, cité dans Abric 2005) stipule que la représentation sociale est un « système socio-cognitif présentant une organisation spécifique : elle est organisée autour et par un noyau central ... qui lui donne sa signification ... et détermine les relations entre ses éléments constitutifs » (p.59). Les différents éléments qui composent la représentation ne sont pas égaux en termes d'importance, et c'est l'organisation et donc la hiérarchie de ces éléments ainsi que les relations entre eux qui va permettre de comprendre la représentation, de lui donner un sens.

2 Consommation de psychotropes

Dans son rapport de 2006, la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD) souligne le fait que le rapport à la drogue et à sa consommation est d'abord culturel :

d'un point de vue historique, on peut établir qu'il n'a jamais existé de société exempte de substances psychoactives. On sait encore moins pourquoi celles-ci ont acquis un statut de médicament, de produit d'agrément, de drogue légale ou illégale (p.9).

D'une manière paradoxale, certains produits considérés comme très toxiques sont banalisés lorsque d'autres, jugés moins nocifs pour la santé, sont diabolisés (voir 2.1.1 *Propriétés chimiques des psychotropes*, p.12).

Drogue, psychotropes et substances psychoactives

Pour le psychiatre Alain Morel (2019a), le terme « drogue » est habituellement utilisé pour désigner une substance à risque de *dépendance*, considérée comme *dangereuse* et dont la loi *interdit le commerce*.

Une approche plus globale du concept, intégrant des substances telles que les médicaments, l'alcool ou le tabac, permet de définir les drogues comme « toutes les substances chimiques qui modifient le fonctionnement du cerveau et provoquent ainsi des modifications psychiques et comportementales » (pp. 45-46).

Dans cette approche globale, les termes de drogues, psychotropes ou substances psychoactives peuvent être considérés comme des synonymes.

2.1 Types de consommations

En fonction des conséquences de celle-ci, différents termes sont utilisés pour qualifier la consommation d'un produit psychotrope :

- La consommation *non-problématique* ou à *faible risque* peut être à faible dose ou occasionnelle, et elle est contrôlée.

Ces consommations ne sont considérées « nocives ni pour la santé de la personne concernée ni pour son entourage » (OFSP, 2015, p.12), et sont décrites par Rappo et Stock (2020) comme « ne détériorant pas l'équilibre bio-psycho-social de la personne » (p.7).

- La consommation dite *problématique* ou *à risque* va, elle, « causer des problèmes ou des dommages physiques, psychiques ou sociaux à la personne concernée et à son entourage » (OFSP, 2015, p.12).

Cette consommation peut être massive mais ponctuelle, intensive et répétée régulièrement ou jugée inadaptée en raison de son contexte (conduite d'un véhicule, grossesse, ...).

- La *dépendance* est un état dans lequel une personne a besoin d'une substance pour se sentir bien ou pour fonctionner normalement.

Elle peut être physique et/ou psychologique, et peut mener à l'addiction (Morel, 2019b).

- L'*addiction*, que le psychiatre anglais Aviel Goodman (cité dans Couteron, 2019), propose en 1990 de définir comme un « processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (p.107).

Sa prévalence parmi les usagères et usagers est variable et dépend, entre autres facteurs et dans le cas de l'addiction à une drogue, des propriétés chimiques de la substance psychoactive (Morel, 2019b).

2.1.1 Propriétés chimiques des psychotropes

Au niveau biologique, la dangerosité des psychotropes peut être évaluée en fonction de trois types de dangers pharmacologiques liés à leurs propriétés chimiques :

- le *potentiel toxique*, soit le fait que la substance puisse induire des atteintes physiologiques ;

- le *potentiel de modification psychique*, soit l'impact de celle-ci sur l'humeur, la motivation, la perception, la cognition ;

- le *potentiel addictif*, soit sa capacité à créer une perte de contrôle et une dépendance (Morel, 2019b).

Ces dangers pharmacologiques sont illustrés sur la *Figure 1* ci-après. On peut y voir que le cannabis est considéré, au regard des autres substances psychotropes indiquées dans le schéma, comme *faiblement toxique* et *moyennement addictif* ; le tabac, quant à lui, est jugé comme étant *hautement toxique* et ayant un *très fort potentiel addictif*.

La place du tabac et de l'alcool dans cette figure illustre de manière particulièrement claire le rapport culturel à la drogue souligné par le CFLD (2006) et mentionné en début de chapitre (voir 2. *Consommation de psychotropes*, p.11).

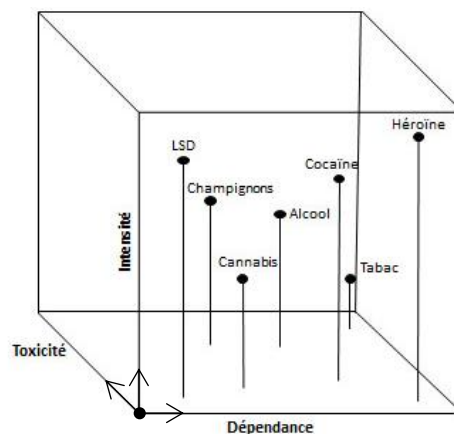


Figure 1: Potentiels toxique, addictif et de modification psychique des psychotropes (Addict'Aide, 2016)

Si les propriétés chimiques d'une substance jouent un rôle dans l'expérience de consommation, elles ne sont qu'une dimension de celle-ci.

L'addiction, tout comme les autres comportements de consommation, est en effet considérée comme un concept bio-psycho-social qui implique des mécanismes neurobiologiques, psychologiques ainsi que sociaux (Couteron, 2019).

2.2 Expérience de consommation

L'expérience psychotrope (E), soit le comportement de consommation, est aujourd'hui compris comme l'interaction d'une substance (S), d'un individu (I) et d'un contexte (C), paramètres détaillés dans la *Figure 2* ci-après.

Comme le décrit Morel (2019c), cette loi dite de l'effet, $E = SIC$, permet de représenter la consommation de substances psychoactives en considérant les paramètres bio-psycho-sociaux, soit d'illustrer le fait que l'action biologique de la molécule

provoque des sensations physiques et psychiques qui interagissent avec les attentes, motivations et représentations de la personne, liées à son milieu social, à ses attaches culturelles, à ses modes de pensée et à son histoire psycho-affective.

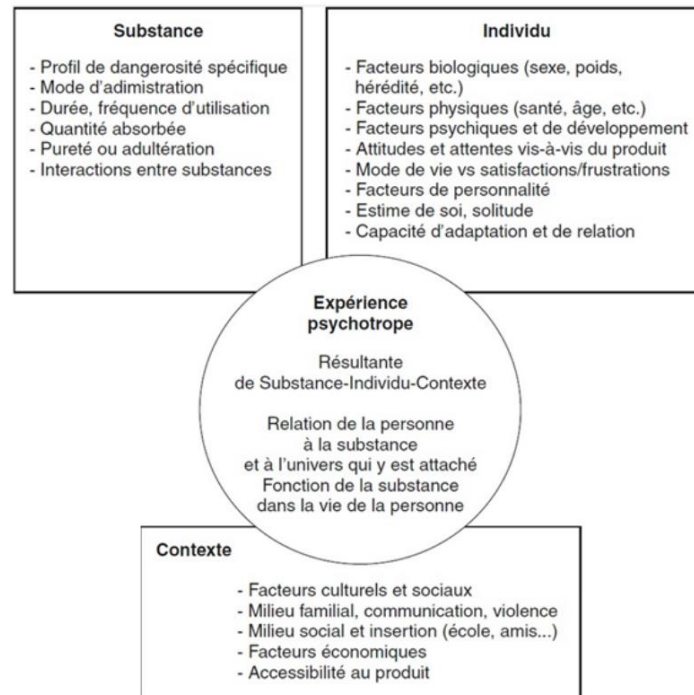


Figure 2: L'équation de l'expérience psychotrope $E = SIC$
(Morel, 2019c, p.89)

Pour l'auteur, cette vision permet de comprendre la complexité du rapport à la consommation :

La compréhension du vécu et de la fonction prise par la consommation de psychotrope est rarement l'objet de la prévention, trop occupée à informer plutôt qu'à écouter et éduquer. Or on sait qu'une réflexion suscitée aux différentes étapes, en particulier aux débuts de la consommation, contribue à la prise de conscience des véritables attentes auxquelles elle répond (pp. 91-92).

2.3 Consommation de psychotropes à l'adolescence

Les premiers usages de psychotropes ont majoritairement lieu au moment de l'adolescence (Phan & Couteron, 2019).

En termes de prévalence parmi la population des 15-19 ans et selon les chiffres de 2016 du Monitoring suisse des addictions, ce sont l'alcool (74.8%) et le tabac (21,1%), suivies

par le cannabis (20,8%) qui sont les substances psychoactives ayant été le plus fréquemment consommées par les jeunes dans les 12 mois précédant l'enquête. Au contraire de l'alcool et du tabac dont la consommation augmente avec l'âge, la plupart des jeunes consommateurs et consommatrices de cannabis ne le seront plus à l'âge adulte (Gmel et al., 2017).

Les premières expérimentations sont souvent d'ordre « festif », en groupe de pairs, avec pour objectif la recherche de plaisir et la levée des inhibitions. Par la suite la consommation peut être maintenue de manière plus ou moins régulière dans un but « antalgique » pour faire diminuer les tensions internes ou le stress (Phan & Couteron, 2019).

2.3.1 Consommation de cannabis à l'adolescence

Bertolini (2011) décrit plusieurs modes de consommation de cannabis lors de la période adolescente :

- la *consommation conviviale*, entre ami·e·s à l'occasion de sorties ou de fêtes, avec pour but la recherche de l'euphorie ;
- la *consommation autothérapeutique*, généralement solitaire et de manière plus ou moins régulière, avec dans ce cas la recherche de l'effet anxiolytique du produit pour réduire la tension interne, le stress ;
- la *consommation addictive*, en groupe et de manière solitaire, de manière très régulière voire quotidienne, avec la recherche d'un effet « anesthésie-défonce » (p.1796).

La plupart des consommateurs et consommatrices le font de manière *conviviale* ou *autothérapeutique* avec une consommation régulière modérée, ce que confirment les travaux de Le Garrec (2011). Dans ceux-ci, la sociologue décrit des adolescent·e·s comme moins à la recherche de l'effet des substances que d'un espace dans lequel décompresser, se relâcher, s'amuser, oublier les pressions vécues pendant cette période particulière où il est attendu qu'elles et eux pensent à leur avenir et trouvent leur place (choix de formation, orientation professionnelle, ...).

2.3.2 Consommation à risque ou comportant des risques

Pour Phan et Couteron (2019), les prises de risque liées à la consommation de psychotropes au moment de l'adolescence sont majoritairement sans conséquences et

même « signe de bonne santé » (p.283). Néanmoins, dans certains cas la consommation précoce peut avoir d'importantes conséquences négatives sur la santé physique et mentales. Pour la psychiatre Manuela Bertolini (2011), la consommation de tout psychotrope de manière régulière pendant l'adolescence est une consommation *à risque*, même si elle est modérée.

Face à la consommation des adolescent·e·s, il est, pour Couteron et Lascaux (2018), nécessaire de trouver le bon compromis entre banalisation et dramatisation, et être dans une « double démarche de réduction [des] risques et de soutien » (p.111). Ce qui implique par exemple, indiquent les auteur·e·s, de considérer les expériences de consommation à l'adolescence comme *comportant des risques* (en raison des impacts négatifs qu'elles peuvent avoir) plus que comme des *dangers en soi* qu'il convient de faire cesser.

2.3.3 Conduites adolescentes

Si les consommations de substances psychotropes à l'adolescence sont souvent qualifiées de *conduites à risque* (Le Breton, 2013), pour Zimmermann et al. (2017) la définition de ces dernières ne fait pas consensus dans la littérature.

Pour Le Breton (2013), les *conduites à risque* des jeunes se définissent comme des « conduites disparates dont le trait commun consiste dans l'exposition de soi à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril » (p.87). Elles peuvent être intentionnelles ou avoir pour source des motivations inconscientes, s'inscrire dans la durée ou n'être que ponctuelles. Elles peuvent répondre à un sentiment de ne rien valoir, à une lassitude, à une volonté de s'effacer que Le Breton décrit comme « une forme de démission de soi » (p.132), mais elles permettent également la construction d'une identité.

Pour Zimmermann et al. (2017), ces activités risquées peuvent constituer une expérience positive et participer à l'épanouissement de l'adolescent·e. Les auteur·e·s postulent que « la plupart des conduites à risque à l'adolescence s'inscrivent dans un processus développemental qui n'a rien de pathologique » (p.246) et privilégient donc l'usage des notions de conduites *exploratoires* ou *expérimentales* concernant les comportements normatifs (dans le sens de normal ou usuel au moment de l'adolescence) pour n'utiliser les termes de conduites à risque qu'en références aux situations, moins fréquentes, qui

voient les comportements s'inscrire dans la durée et ne peuvent alors plus être le signe « d'une exploration adaptative de l'environnement » (p.247).

2.4 Stratégie suisse en matière de drogue

La politique étatique en matière de drogue peut aller d'une libéralisation totale de sa production, de son commerce et de sa consommation, à l'interdiction complète de ces dernières. Entre ces deux extrêmes, une régulation du marché plus ou moins importante peut être faite (Baumberger, 2020).

Il n'y a pas, en Suisse, de politique globale en la matière : « la production, le commerce et la consommation d'alcool, de tabac, de drogues illégales et de jeux d'argent sont réglés dans des lois spécifiques » (p.394).

Si la Confédération fixe, par le biais de sa stratégie nationale, les objectifs de celle-ci, il s'agit pour les différents cantons et communes de mettre en œuvre cette stratégie (Gerber & Krebs, 2020).

2.4.1 Les quatre piliers

Depuis le début des années 1990, la politique suisse en matière de drogue repose sur le modèle des quatre piliers que sont :

- *La prévention*, qui englobe la promotion générale de la santé, les mesures de prévention centrées sur le comportement ainsi que les mesures de prévention structurelles¹, et le repérage précoce ;
- *la thérapie*, qui, avec le conseil, a pour but l'amélioration de l'état de santé, en aidant à maîtriser ou sortir d'une problématique d'addiction ;
- *la réduction des risques et des dommages*, qui vise à stabiliser l'état de santé d'une personne en permettant l'accès à une aide à bas seuil et la réduction des conséquences négatives liées à l'addiction ;
- *la répression*, soit la réglementation et l'exécution des lois relatives aux différentes conduites et substances (OFSP, 2020).

¹ À l'inverse des mesures centrées sur le comportement, les mesures dites structurelles sont orientées sur les conditions-cadres (Chastonay et al., 2020). Il peut, par exemple, s'agir de législations régulant la vente d'un produit (voir aussi : *Annexe 1 - Types et niveaux de prévention*).

Il est à noter que la prévention en matière d'addictions aux psychotropes peut avoir pour but d'éviter le début de la consommation ou de prévenir des consommations telles que : la consommation *précoce* des jeunes, la consommation *excessive* qui se fait de manière ponctuelle, la consommation *chronique à risque* ou la *dépendance* (Abderhalden, 2020).

De fait, toute action à destination des mineurs peut être considérée comme de la prévention.

Évolution de la stratégie nationale

Historiquement, c'est d'abord la *répression*, avec des législations sur les drogues portant uniquement sur l'accès aux substances, qui constitue la stratégie du pays en la matière (Savary, 2007).

Avec l'augmentation de la consommation au sein de la population suisse, cette criminalisation n'est plus considérée comme une réponse suffisante. La Loi sur les Stupéfiants (LStup) est modifiée pour y intégrer des interdictions de consommation, et, en parallèle, se développent des mesures de *prévention* ainsi que de *thérapie*. Les consommateurs et consommatrices sont alors vu-e-s comme des personnes malades qu'il faut guérir, et le référentiel d'abstinence est l'unique solution face à cette problématique.

Dans les années 80, l'arrivée et le développement du virus du VIH-SIDA en Suisse ainsi que les scènes ouvertes de la drogue à Zurich forcent le politique à revoir la stratégie dite, à l'époque, des trois piliers, pour y intégrer la *réduction des risques* : « au lieu de concentrer tous ses efforts sur une guerre à la drogue que nous n'arrivons pas à gagner, la Suisse va choisir l'option de la gestion des problèmes de drogues » (Savary, 2007, p.7). Aux côtés du modèle de l'abstinence se développent alors d'autres référentiels comme la consommation contrôlée², permettant l'accès à un accompagnement et/ou à une prise en charge à des personnes qui, parce qu'elles ne s'abstenaient pas du produit, n'y avaient jusque-là pas accès.

² « On parle de consommation contrôlée de substances psychoactives lorsqu'une personne suit un plan ou des règles de consommation définis. Il s'agit donc d'une consommation de substances (auto)disciplinée, planifiée et limitée » (Infodrog, 2022).

3 Prévention

La prévention est un terme polysémique, dont la signification et la conception (ainsi que la mise en mesures ou en actions) va dépendre autant du champ dans lequel il est utilisé que des acteurs et actrices qui le mentionnent (Bouquet, 2005a). Pour l'auteure, dans le langage courant la prévention est entendue comme « l'ensemble des mesures prises pour empêcher que ne se produisent des phénomènes entraînant un dommage pour l'individu ou la collectivité » (p.10). Mireille Elbaum (citée dans Bouquet, 2005b) précise cette définition en décrivant la prévention « de façon très large, comme l'ensemble des actions visant à empêcher certains risques de se réaliser » indiquant également que « l'idée de prévention implique qu'il existe des risques avérés et établis, dont l'importance est socialement reconnue » (p.45).

La prévention est un concept très ancien et dont les pratiques ainsi que l'organisation ont évolué avec les époques (Robert, 2005). Des informations relevant de la taxonomie et de l'historique de la prévention sont disponibles en fin de document (voir *Annexe 1 - Types et niveaux de prévention* et *Annexe 2 - Actions et politiques de prévention*).

3.1 Risque et norme

Qui dit prévention, dit donc risque... Pour Flanquart (2016), « on peut définir un risque, quelle que soit sa nature, comme un possible événement destructeur auquel on associe une probabilité de survenue et des dommages potentiels » (p.23). À la volonté de vouloir éviter un dommage (s'il est jugé grave), s'associe donc l'incertitude de son occurrence.

Mais le risque, tout comme la prévention, est un terme polysémique. Par risque on peut, entre autres, entendre : la *conséquence* indésirable susceptible de se produire, la *cause d'un événement* indésirable susceptible de se produire ou encore la *probabilité d'apparition* d'un événement indésirable (Hansson 2004 et 2005a, cité par Kermisch, 2012). Dans le domaine de la prévention, le risque c'est le futur, c'est ce qui ne s'est pas encore produit. C'est donc cette première idée du risque, comme conséquence indésirable, qui va motiver l'action de prévention. La deuxième définition, qui voit le risque comme une cause, se retrouve dans ce qui est généralement appelé dans ce champ le *facteur de*

risque, et qui, lui, est lié au présent. C'est maintenant que l'on souhaite agir sur le futur, et donc agir sur les facteurs (de risque ou de protection) pour prévenir (le risque). Mais ces facteurs, qu'ils soient de risque ou de protection, ne correspondent qu'à des valeurs statistiques. Si ces valeurs peuvent avoir du sens au niveau d'une population, elles n'en ont plus au niveau de l'individu. L'individu sera, ou non, touché par ce risque. Risque qui n'est, d'ailleurs, que potentiel : « si les facteurs étaient tangibles et prévisibles, on serait dans la gestion et pas dans la prévention » (Chauvière, 2007, p.25).

Kermisch (2012) relève deux visions représentationnelles du risque : la conception *quantitative* et la conception *constructiviste*. Dans une optique quantitative, le risque est objectif, quantifiable, lié à un danger « réel » qui est la propriété même d'un objet ou d'une activité. Dans la conception constructiviste, le risque est une représentation, il est défini par les consensus sociopolitiques (Berlioz, 2002). Il est un risque car on le nomme comme tel.

Norme et application de la norme

Qui dit risque, dit norme... Poser une norme c'est placer un curseur, exprimer un seuil, qui, si on s'en éloigne, nous place en marge de (Sachot, 2009). La norme est imposée de l'extérieur, vise un comportement et dicte une façon d'agir à un individu ou un groupe dans une situation donnée sous peine de sanctions. Par le simple fait qu'elle décrète certains facteurs comme étant de protection ou de risque, qu'elle déclare un comportement comme la normalité ou ce vers quoi l'individu doit tendre, qu'elle définit ce qu'est la *bonne santé*, le *bien-être* ou un *bon comportement*, la prévention est normative (Pagani et al., 2018). Le concept de prévention est donc directement lié aux valeurs d'une société et évolue en fonction de celles-ci (Robert, 2005).

Pruvost (2018) décrit le contrôle social comme recouvrant « l'ensemble des moyens (matériels et symboliques) mis en œuvre par une société pour s'assurer de la conformité de ses membres aux normes en place » (p.55). Il peut s'exercer par le biais d'institutions productrices de lois et de règlements, ou au niveau de l'individu, intériorisé, il prend la forme d'une autodiscipline qui se base sur le sentiment personnel d'obligation morale (Bouquet, 2012).

Entre la fin du XIXe et la moitié du XXe siècle, les sociologues attribuent une valeur positive au contrôle social, considéré comme un mécanisme permettant à la société de

maintenir une cohésion sociale. À partir des années soixante le contrôle social exercé au sein des institutions commence à être dénoncé, compris comme un phénomène de pouvoir, un rapport de domination, l'imposition d'idéologies. Aujourd'hui, on tend à l'aborder d'une manière plus nuancée, partant du principe que le contrôle social est indispensable à une société mais qu'il est important d'être attentif aux dérives qui peuvent survenir, par exemple en terme d'atteinte à la liberté (Bouquet, 2012).

3.2 Prévention et travail social

Partant de la définition de la prévention de Bouquet (2005a), les domaines dans lesquels s'inscrivent des politiques de prévention qui touchent les professionnel-le-s du travail social sont nombreux. L'Association professionnelle suisse du travail social est citée comme partenaire d'actions de prévention dans le cadre de la Stratégie nationale Addictions de la Confédération (OFSP, 2020), et de nombreuses institutions sociales accueillant des mineur-e-s inscrivent la prévention dans leur programme institutionnel, notamment par le biais du programme de prévention « Gouvernail » (REPER, s.d.).

3.2.1 Enjeux et tensions pour le travail social

Si l'insécurité (ou le sentiment d'insécurité) est l'enjeu central de la prévention de la délinquance (Baillergeau, 2008), dans le cadre des politiques de santé publique la prévention a pour but de « développer chez les individus les aptitudes à faire des choix favorables à leur santé » (Pagani et al., 2018, p.322). Les politiques publiques participent à définir les normes attendues en matière de comportements. Ces normes, parce qu'elles ne sont pas hiérarchisées de la même manière par les différents corps professionnels, peuvent être en conflit avec d'autres valeurs, telles que l'autonomie (Pagani et al., 2018), l'émancipation individuelle ou le respect des diversités qui sont au cœur de la définition internationale du travail social (International Association of Schools of Social Work [IASSW], 2014).

Pour Vittori (2017), la prévention en travail social vise à favoriser la participation des personnes à « ce qui fait société » et à « défendre le respect de la liberté et des choix de chacun » (p.20) mais aussi à agir sur le phénomène d'exclusion sociale qui prend justement sa source dans l'écart à la norme. Une des difficultés des éducateurs et éducatrices est donc de parvenir à tenir compte de ces normes issues du champ sanitaire tout en respectant les valeurs du travail social, favoriser le développement de la personne

tout en promulguant le vivre ensemble et donc la participation à la société (Michaud, 2017).

Pour De Robertis (2013), la pratique du travail social se définit entre autres par « les conflits éthiques et de valeurs inhérents au travail relationnel sur l'humain » (p.144). On retrouve donc, dans l'action de prévention des professionnel-le-s du travail social, la tension entre « contrôle social » et « émancipation de la personne » (Libois, 2017, p.14) à laquelle font souvent face les éducateurs et éducatrices dans leur pratique.

Si, en matière de prévention des addictions, les professionnel-le-s du travail social peuvent se trouver au cœur des quatre piliers cités précédemment (Cornut, 2017), de l'avis de Savary et al. (2021), c'est leur rôle qui a évolué (voir également *Annexe 3 - Le travail social dans le champ de l'addiction*) :

il ne s'agit plus de se centrer sur le lien avec la substance et ses difficultés, aujourd'hui largement thématiqué par le champ sanitaire, mais bien de prendre en compte les multiples dimensions nécessaires à garantir une qualité de vie digne (p.6).

4 Accompagnement social en institution accueillant des adolescent·e·s

4.1 Accompagnement social au quotidien

Lorsque les éducateurs et éducatrices travaillent sur le lieu de vie des personnes qu'ils et elles accompagnent, c'est au cœur du quotidien et avec elles que se déroule leur activité. Présente dans les tâches de la vie quotidienne, l'équipe éducative utilise les « presque riens » de la vie, rendant « signifiant ce qui paraît insignifiant » (Capul & Lemay, 2019b, p.314). Dans la pratique éducative, le langage est un outil de travail, le lien social se base sur le discours et l'expression des bénéficiaires en est une finalité. « Il n'y a pas un professionnel qui ne se revendique être un spécialiste de la relation, du moins de disposer comme outil principal, des possibilités que le langage lui offre » (Cambon, 2009, p.11).

Si la relation est ce qui permet l'intervention éducative, le travail en réseau, tout comme le travail en équipe, est une composante essentielle du métier d'éducateur (Wacquez, 2012). Souvent qualifié·e·s de « généralistes » (p.35), leur rôle, au carrefour des familles, des institutions (sociales, juridiques, ...) ou des champs d'autres professionnel·le·s (tel·le·s que les psychologues, médecins, enseignant·e·s, ...) leur donne une place de médiateurs et de médiatrices entre la personne et le reste de la société (Capul & Lemay, 2019a).

Mais, au contraire des spécialistes, les éducateurs et éducatrices ont la particularité de prendre les personnes dans leur globalité, en tenant compte de leurs spécificités, de leur réalité ainsi que de leur parcours (Franssen & Walthery, 1998, cités par Wacquez, 2012).

4.2 Rôle et mandat

Auprès des adolescent·e·s, les professionnel·le·s peuvent avoir le rôle de contenant, de substitut parental, de protection, d'intermédiaire, ... Les rôles endossés sont multiples, cohabitent parfois ou s'alternent, nécessitant l'écoute, le respect et l'acceptation (Capul & Lemay, 2019a) indispensables à la relation éducative.

Pour Gaberan (2007), c'est cette relation qui va permettre à la personne d'assumer qui elle est, de faire ses propres choix et d'être actrice de sa vie :

la relation éducative n'est pas un processus de réparation ou de normalisation de l'individu mais ... un temps et un espace, à la fois instables et sécurisés, au sein desquels une personne requise pour ses compétences en aide une autre à passer du vivre à l'exister (p.14).

L'activité de l'éducateur ou de l'éducatrice se fait toujours dans le cadre d'un mandat qui, parce qu'il découle des prescriptions institutionnelles, varie en fonction du cadre dans lequel il ou elle travaille. C'est son interprétation de ce mandat – basée notamment sur le concept éducatif de la structure ainsi que sur ses propres valeurs – qui va définir son rôle auprès des jeunes (Cornut, 2017).

4.3 Posture professionnelle

Les postures professionnelles des éducateurs et éducatrices ne sont pas uniques. Si la direction de l'établissement doit définir le cadre institutionnel de manière suffisamment claire pour que l'équipe éducative puisse s'y appuyer, si celui-ci n'est pas trop rigide il peut permettre aux professionnel·le·s de s'adapter à la singularité et à la complexité des situations individuelles (Cornut, 2017).

Pour parvenir à adopter ces postures *sur mesure*, les éducateurs et éducatrices social·e·s doivent pouvoir « bricoler », combiner leurs savoirs théoriques et savoirs d'action (Bouquet, 2012). C'est l'ajustement des professionnel·le·s à cette singularité (ce d'autant plus que l'activité est peu normée, prescrite, ou formalisée) qui va être source d'apprentissages, qui va faire « évoluer » les représentations et l'identité professionnelle, et, avec la réflexivité sur leur pratique, « produire des connaissances plus formalisées » (Wittorski, 2019, p.141).

Car le travail social n'est pas une simple application de principes ou de méthodes, elle est ce que Henri Pascal (2018) appelle une « science de l'action » (p.47), dont la pratique « passe par la mobilisation de connaissances provenant des sciences sociales classiques, ... la construction de savoirs à partir de la pratique et ... la prise en compte des finalités poursuivies dans l'action » (pp.48-49).

Entre valeurs personnelles et normes institutionnelles et sociétales, les professionnel·le·s peuvent ainsi se trouver tiraillé·e·s entre la volonté d'encourager le développement de l'autonomie de l'adulte en devenir et sa protection (Cottin, 2018).

5 Problématique

Pour rappel, ma question de départ est :

« dans le cadre d'un foyer accueillant des adolescent·e·s, quelles activités de prévention en lien avec la consommation de cannabis les éducateurs et éducatrices ont-ils et elles ? »

Entre protection et développement de l'autonomie, contrôle social et émancipation, les enjeux et tensions de valeurs pour le travail social dans le champ de la prévention sont multiples (Bouquet, 2005b ; Bourdillon, 2009 ; Cottin, 2018 ; Couteron & Lascaux, 2018 ; De Robertis, 2013 ; Libois, 2017 ; Pagani et al., 2018 ; Vittori, 2017 ; Savary et al., 2021). La médicalisation du champ de l'addiction (Savary et al., 2021) ainsi que l'influence des normes de santé dans la société peuvent expliquer certaines tensions entre les normes dites sociales et sanitaires, ainsi que certains des désaccords qui peuvent apparaître parmi les professionnel·le·s. Il apparaît donc, pour moi, que la posture des éducateurs et éducatrices vis-à-vis de cette problématique de consommation n'est pas unique.

Le rapport des personnes à la drogue et à sa consommation est complexe en raison des multiples dimensions que comporte cette question. Si ce rapport est marqué par la culture ainsi que par des valeurs morales (CFLD, 2006), il est également influencé par la compréhension de la problématique ainsi que par la conception personnelle de ce que peuvent par exemple être la *bonne santé* (Pagani et al., 2018) ou le *risque* (Kermisch, 2012).

À cela s'ajoute le statut particulier des adolescent·e·s, particulièrement visé·e·s par les actions de prévention (Bourdillon, 2009) car considéré·e·s comme une population à *risque* (Bertolini, 2011) nécessitant un besoin accru de protection (Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil National [CSSP-CN], 2019).

5.1 Question et hypothèse de recherche

C'est avec le sentiment qu'une multitude de facteurs influencent les actions de prévention des éducateurs et éducatrices, et dans le but d'avoir une meilleure lecture de ces actions

en la matière que ma question de recherche est alors :

« dans le cadre d'une institution accueillant des adolescent-e-s, comment l'activité de prévention des éducateurs et éducatrices est-elle influencée par leurs représentations ? »

Partant du postulat que « les représentations sociales, en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales » (Jodelet, 2003, p. 53), je fais donc l'hypothèse suivante :

H : l'activité de prévention des éducateurs et éducatrices dépend de leur manière de considérer la consommation de cannabis à l'adolescence.

J'ai choisi cette hypothèse car, pour moi, elle est représentative autant des enjeux autour de la relation des éducateurs et éducatrices aux adolescent-e-s que de ceux concernant le rapport des professionnel-le-s à la question de la consommation.

Pour tester cette hypothèse, j'ai décliné les représentations de la consommation de cannabis à l'adolescence selon les repères normatifs proposés par Parazelli (Colombo et al, 2016), soit :

- repères normatifs cognitifs : *Comment les éducateurs et éducatrices comprennent-ils et elles la consommation de cannabis à l'adolescence ?* Comment ils et elles se la représentent, la décrivent, l'expliquent.
- repères normatifs éthiques : *Comment les éducateurs et éducatrices jugent-ils et elles la consommation de cannabis à l'adolescence ?* Quelle place prennent dans leur jugement les différentes normes ; que considèrent-ils et elles comme une consommation à risque ou problématique ; comment leur compréhension de la consommation peut-elle influencer leur jugement de celle-ci.
- repères normatifs politiques : *Comment agissent-ils et elles et donc quelles sont leurs activités de prévention en fonction de leur façon de comprendre et de juger cette consommation ?* Quelles actions de prévention, quel accompagnement, mettent-ils et elles en place et comment celles-ci peuvent-elles varier en fonction de leur vision de la consommation et de leur perception des dangers encourus.

6 Méthodologie

6.1 Terrain d'enquête

Pour cette recherche, j'ai souhaité interroger des éducateurs et éducatrices travaillant au sein d'un foyer accueillant des adolescent·e·s. Les trois institutions concernées accueillent des adolescent·e·s à partir de la fin de la scolarité obligatoire, ainsi que de jeunes adultes. Il s'agit principalement de placements sociaux, civils ou pénaux mais également de placements volontaires. Certain·e·s de ces jeunes suivent une formation au sein de l'institution ou en dehors, d'autres sont déscolarisé·e·s. Les durées de placements peuvent aller de quelques mois à plusieurs années.

6.2 Échantillon

Afin de vérifier mon hypothèse de recherche, j'ai cherché des éducateurs et éducatrices qui, au sein d'un foyer, font régulièrement face à des situations de consommation de cannabis par les adolescent·e·s avec lequel·le·s ils et elles travaillent au quotidien.

Mon panel se compose de deux éducateurs et deux éducatrices travaillant au sein de trois institutions différentes. À noter que les deux éducateurs et éducatrices travaillant dans la même institution se trouvent dans des structures différentes de celle-ci.

Concernant la fréquence de ces situations au sein de leurs institutions respectives, trois professionnel·le·s parlent d'une problématique toujours présente mais à des niveaux variables. Un éducateur parle, lui, d'une consommation qui concerne la grande majorité des adolescent·e·s accueilli·e·s.

6.3 Méthode de récolte de donnée

Parce que je m'intéresse aux représentations des professionnel·le·s ainsi qu'à leurs pratiques, il m'a paru judicieux de choisir l'entretien comme outil de récolte de données ; entretient qui fait la part belle au discours. Discours modaux d'une part – pour acquérir des informations sur ce que pense la personne interviewée, et donc sur ses représentations – discours référentiels d'autre part – à l'occasion desquels la personne va décrire l'état

des choses, les actions produites, en l'occurrence son activité de prévention (Blanchet & Gotman, 2007). L'entretien semi-directif, « ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises » (Van Campenhout et al., 2017, p.242) a pour but d'obtenir les réponses nécessaires en laissant une certaine liberté à la personne interrogée. Il nécessite de garder en tête les informations recherchées afin de recentrer l'entretien si nécessaire.

J'ai construit ma grille d'entretien (voir *Annexe 4 - Grille d'entretien*) en utilisant comme fil rouge les *repères normatifs* (Colombo et al., 2016) de la consommation de cannabis à l'adolescence décrits au point 5.1 *Question et hypothèse de recherche*.

6.4 Méthode d'analyse des données

Le contenu des entretiens a été analysé en utilisant la méthode de la « mise en tableau » décrite par Cadière (2013, p.101), afin d'organiser ce que me disent les éducateurs et éducatrices des différents thèmes et sous-thèmes et de dégager ce qui se dit de chacun de ces items.

Parce que les différents éléments qui composent une représentation n'ont pas tous le même poids, Jean-Claude Abric (1976, cité dans Abric, 2005) souligne l'importance de s'intéresser non-seulement aux termes qui peuvent être spontanément utilisés mais surtout à leur « rang d'importance » (p.63), soit la fréquence à laquelle un élément apparaît dans le discours ainsi que l'importance de cet élément pour le locuteur ou la locutrice.

6.5 Réflexion éthique

Les règles ainsi que les modalités selon lesquelles le contenu recueilli sera traité ont été rappelées au début de chaque entretien. J'ai adopté une posture professionnelle et bienveillante, sans poser de jugement quant aux idées exprimées.

Les informations personnelles et les données sont rendues *anonymes* dans le cadre de cette recherche, de sorte qu'il ne soit pas possible de les identifier. Les données recueillies sont traitées de manière *confidentielle* et ne seront pas diffusées. Elles ne sont exploitées que dans le cadre de ce travail de recherche, et les enregistrements ainsi que les retranscriptions seront *détruits* une fois le travail de recherche terminé.

Lors de mon analyse, je n'ai trouvé aucun lien entre l'âge, le genre, l'ancienneté des professionnel·le·s, leur mandat et leur compréhension de cette consommation de cannabis à l'adolescence. Pour ce motif, et de manière à garantir l'anonymat des éducateurs et éducatrices, j'ai fait le choix de ne pas référencer les citations énoncées dans l'analyse. Néanmoins, les différents éléments seront reliés au moment de la synthèse, pour que ce choix ne péjore pas la compréhension des résultats.

7 Représentations des éducateurs et éducatrices

7.1 Adolescence et adolescent·e·s

Lorsqu'ils et elles parlent de l'adolescence, les éducateurs et éducatrices décrivent une étape importante, de changement et de perte de repères, pendant laquelle les conflits avec les adultes sont fréquents : « c'est le moment où on s'oppose à l'adulte, où on fait le rebelle ».

Quand une éducatrice met principalement l'accent sur les grandes variabilités émotionnelles, d'autres mettent en avant les revendications d'autonomie, l'envie de liberté, le besoin de s'affirmer et de s'opposer, les moments partagés avec les ami·e·s, « ce qu'ils recréent ici, un peu, mais à leur manière, durant leur placement ».

La place des pairs est jugée très importante, mais ils sont considérés tantôt comme des ressources, tantôt comme des influences négatives. Il en va de même du cercle familial et de l'environnement des jeunes.

Vulnérabilité

Les professionnel·le·s interrogé·e·s mentionnent une vulnérabilité des jeunes de leurs institutions : « il va pas "bien", parce que sinon il serait pas chez nous ».

Un éducateur décrit cela de manière plus nuancée, en parlant du fait que « selon l'entourage ..., ça se passe plus ou moins bien. Pour d'autres, c'est un peu plus compliqué. Avec leur parcours, ils ont pas toujours les outils nécessaires ».

Le rôle du parcours des jeunes est également mis en avant par un autre éducateur, qui souligne les difficultés auxquelles les adolescent·e·s ont été confronté·e·s avant de rejoindre l'institution : « difficultés face à la société par rapport aux délits qu'ils peuvent commettre, difficulté de trouver une place de travail, difficultés ... qu'ils ont eu avec leurs anciens profs, ou les échecs qu'ils ont connus ».

7.2 Consommation de cannabis à l'adolescence

Attitude des jeunes vis-à-vis de la consommation

Trois des professionnel·le·s mentionnent le fait que les adolescent·e·s parlent ouvertement de leur consommation avec l'équipe éducative. Cela est considéré positivement par deux d'entre elles et eux : « il communique, donc pour moi c'est vraiment ce qui est important, ... on peut discuter de la situation ». Pour le troisième cet élément est interprété négativement : « avant ... ils sentaient l'interdit de la société, de la famille ».

Si plusieurs professionnel·le·s parlent du fait que les jeunes ne veulent pas arrêter de consommer, il est également fait mention de la fierté que peut ressentir un·e adolescent·e qui arrive à présenter une prise d'urine (PU) négative ou dont l'analyse toxicologique rassure l'entourage.

Des adolescent·e·s « à risque »

Le sentiment de vulnérabilité des adolescent·e·s, mentionné plus tôt, revient également lorsqu'il s'agit de consommation :

Ce n'est pas une règle, mais quand même, je pense que les problématiques sociales et familiales jouent un rôle dans la consommation un peu plus excessive... en même temps, les jeunes qui viennent chez nous ont souvent un contexte familial qui n'est pas toujours très positif, donc... C'est vraiment pas une règle, mais quand même, c'est vraiment pas quelque chose d'aidant.

L'ensemble des éducateurs et éducatrices mentionne, à des degrés divers, une forme de vigilance vis-à-vis de cette problématique : « on sait que ça peut très vite arriver et que souvent la consommation elle va très loin ». Ce besoin de protection est considéré d'autant plus important que l'adolescent·e est jeune :

on doit quand même essayer d'aller plus profond dans la compréhension de la conso avec un jeune qui a 15 ans, surtout si on voit qu'il consomme beaucoup, qu'un jeune qui en a 17. Ça va plus nous alarmer.

7.2.1 Types d'usages

Les quatre éducateurs et éducatrices mentionnent différents contextes, fréquences et motivations à consommer du cannabis, rejoignant Bertolini (2011) qui parle de consommation *conviviale*, *autothérapeutique* et *addictive*.

Le rôle social de la consommation apparaît également : « ça peut être aussi le jeune qui a envie de se faire accepter par les autres ». Plusieurs professionnel-le-s parlent ainsi du cannabis comme d'une norme de groupe, voire même, pour l'un d'eux, d'une identité : « la consommation fait partie d'eux ». Ce professionnel parle également des différentes faces que peut avoir cette consommation, qui crée des tensions entre les jeunes, de la violence, mais qui, aussi, crée du lien entre ces adolescent-e-s. La consommation en groupe est perçue par certain-e-s comme une activité récréative entre ami-e-s, ou de manière négative par d'autres :

S'il est tout seul ça dépend de s'il est en groupe. Parce que *ça veut dire qu'il a fait le choix de s'isoler plutôt que d'entraîner les jeunes avec. ... du coup, là ce qui fait c'est pas un geste de provocation, c'est sûrement que s'il fume à ce moment-là ça répond à un besoin pour lui.*

Cette notion de provocation ressort également dans le discours d'un autre éducateur, lorsque celui-ci fait mention d'importantes consommations en groupe après une fouille de la police au sein de l'institution, ou au retour d'un adolescent après une courte période de détention.

7.2.2 Conséquences de la consommation et représentation du risque

Lorsque la question des conséquences de la consommation a été posée, les quatre professionnel-le-s ont mentionné en premier lieu les effets que celle-ci pouvait avoir sur le cerveau, soit ayant trait à l'aspect biologique, tout en le faisant de manière différente.

La consommation y est présentée par la plupart comme ayant des conséquences directes (« c'est prouvé scientifiquement ») sur le développement et le fonctionnement du cerveau, soit un *haut potentiel toxique*, en décalage avec le discours des professionnel-le-s relayé par Morel (2019b).

Un éducateur la décrit comme pouvant avoir un impact sur les capacités cognitives : « la capacité d'attention, la gestion émotionnelle, l'irritabilité, la fatigue, la concentration. ... ça dépend de la manière dont il est consommé », soit un *potentiel de modification psychique*.

Si elles sont citées en premier, les préoccupations ayant trait à la santé semblent pourtant passer au second plan pour l'ensemble des éducateurs et éducatrices, dans le discours

desquel·le·s on peut voir une corrélation entre représentation de la consommation et jugement des conséquences de celles-ci.

Une consommation à risque de délinquance

Pour deux des professionnel·le·s, la consommation de cannabis à l'adolescence est décrite comme *problématique* (OFSP, 2015) en soi. Elle est considérée comme l'indicateur d'un problème, à la fois source et conséquences des difficultés : « ça va pas tenir parce que [ce] problème il est pas réglé ». Le risque est *intrinsèque* (Kermisch, 2012) à la consommation, voir même une conséquence directe, inévitable, de celle-ci. Cette vision de la consommation peut être reliée à celle de Bertolini (2011), pour qui toute consommation de cannabis à l'adolescence est une *consommation à risque*, une *conduite à risque* (Le Breton, 2013). Ce discours laisse transparaître leurs inquiétudes quant aux conséquences de la consommation sur les jeunes, « qui vont être une charge peut-être sur la société plus tard » : « c'est de l'argent facile, donc tu te mets aussi dans des marchés noirs, ... t'es prêt à faire des infractions pénales, ... ça t'amène à la délinquance... ».

Une consommation qui comporte un risque d'isolement social

Pour les deux autres professionnel·le·s, cette consommation peut être *problématique* comme *non-problématique* (OFSP, 2015), et ce sont d'autres éléments qui vont servir d'indicateurs pour qualifier cette consommation : « si ça part vraiment en cacahuète, dans le sens ou... après y a des indicateurs, je trouve, la formation, les cours, les notes, son implication, sa manière de travailler... ». Les indicateurs peuvent également concerner la consommation elle-même en termes de quantité, de fréquence ou de capacité à s'abstenir de consommer : « la consommation maîtrisée, ça veut dire ... que ces prises d'urine peuvent être négatives. Ça veut dire que c'est plus un jeune qui fume de manière compulsive. Pour moi, c'est vraiment l'objectif ». Le risque est alors considéré comme *potentiel* (Chauvière, 2007) et la consommation comme *comportant des risques* (Couteron & Lascaux, 2018), soit, comme ce que Zimmermann et al. (2017) décrivent comme une *conduite exploratoire*. Les risques principalement énoncés concernent alors l'intégration sociale et professionnelle : « le fait [qu'ils peuvent] se couper un peu du monde, des interactions sociales ..., se perdre un peu la dedans et qu'ils peuvent mettre en échec leur formation ».

7.3 Mandat

Concernant les consommations assimilées à de l'addiction, les propos des quatre professionnel·le·s convergent pour dire qu'ils et elles ne sont pas « des spécialistes de l'addiction », rejoignant les propos de Wacquez (2012) lorsqu'il décrit le caractère de *généralistes* des professionnel·le·s du travail social. Néanmoins, lors des entretiens, la perception de leur mandat à ce sujet semble différente.

Trois professionnel·le·s, décrivant les situations auxquelles ils et elles peuvent faire face, précisent explicitement que leurs institutions respectives ne sont pas des établissements dédiés à la prise en charge de situation d'addiction ou de dépendance. Parmi ces éducateurs et éducatrices, deux indiquent clairement la limite du mandat institutionnel en la matière : « si la conso prend vraiment toute la place, là on va réorienter le placement ». Pour le troisième, les propos pendant l'entretien semblent indiquer une tension entre, d'une part, le mandat de l'institution et de l'équipe éducative, et d'autre part, la réalité du terrain : « souvent on dit "on est pas une maison où on fait du traitement de l'addiction " mais on est confrontés à ça, donc on les accompagne ».

Quant à l'éducatrice qui ne fait pas mention du mandat de l'institution en la matière, elle est aussi la seule, au cours de l'entretien, à ne pas mentionner la possibilité d'une réorientation en cas de situation d'addiction. Il semblerait que, si la prise en charge des situations de dépendance n'est pas dans le mandat de manière explicite, il est compris de manière tacite comme en faisant partie. Elle montre une volonté de prendre en main ces situations *en plein* : « on se dit [qu'il y a] peut-être encore d'autres cartes à jouer », tout en précisant, à propos de l'équipe éducative : « on est pas des professionnel·le·s du cannabis ».

8 Activité de prévention des éducateurs et éducatrices

Comme les éducateurs et éducatrices travaillent au sein d'institutions différentes, je ne peux, comme je souhaitais initialement, faire abstraction de la spécificité du contexte institutionnel et de ses protocoles. Malgré cela, les professionnel-le-s paraissent se laisser une marge de manœuvre plus ou moins grande vis-à-vis de ce cadre, et les tensions qui apparaissent ne semblent pas être les mêmes, y compris lorsque les protocoles institutionnels sont proches.

8.1 Accompagnement

Les éducateurs et éducatrices parlent de façon unanime de l'importance de comprendre cette consommation et de la faire conscientiser par les jeunes : « identifier les moments auxquels il fume, pourquoi il fume, qu'est-ce que ça vient remplacer. Identifier les raisons ». Cette démarche s'accompagne d'une sensibilisation aux risques et du rappel de l'interdit, qui peuvent être faite à l'adolescent-e concerné-e comme à l'ensemble du groupe de jeunes.

La définition du problème

Certain-e-s professionnel-le-s décrivent un important décalage de visions entre eux et les adolescent-e-s concerné-e-s : « on doit leur montrer que ça pose quand même un problème, mais ils arrivent pas à reconnaître les problèmes que ça peut leur poser ».

Face à cela, apparaît un *discours normatif* (Pagani et al., 2018) destiné alors à convaincre ces jeunes de faire le bon choix :

j'apporte les informations et pis on en discute. ... ben voilà, toi t'as les informations et à partir de là tu peux faire un choix éclairé. ... malgré tout, même si la décision reste dans ses mains, *ton rôle c'est quand même de l'entraîner dans le côté où il faudrait.*

Pour d'autres, il s'agirait d'abord d'évaluer la situation à l'aide d'indicateurs, pour trouver

un terrain d'entente en s'adaptant à la singularité de celle-ci, rejoignant la définition de la *relation éducative* de Gaberan (2007) :

on part du principe qu'un jeune qui consomme et qui arrive à tenir les exigences du quotidien, on va *travailler avec lui* sur la conso et les risques liés à la conso. ... on peut essayer de les encourager à consommer de manière un peu plus consciente, et en essayant de ne pas tout-le-temps être en conflit chez nous.

Ce qui demande de s'accorder non-seulement sur des objectifs communs mais également sur les moyens de les atteindre :

s'il arrive déjà à me prouver qu'il consomme plus pendant trois semaines, ça veut dire qu'il arrive à faire cette démarche déjà sur trois semaines. Et après, c'est de maintenir ces échéances plusieurs fois par année, 3 - 4 fois. L'ensemble fait que pour moi c'est ça qui est important, au final, c'est qu'il arrive à se gérer pour intégrer l'économie. Et si il arrive, je vais être nettement moins sur son dos et contrôlant. Au final, si il arrive à tout gérer... parce qu'il y a plein de gens qui consomment tous les jours, qui ont une vie, qui arrivent bien à le faire...

La place du cannabis

Lorsque le cannabis est considéré comme une réponse à un mal-être, la proposition d'outils et d'activités alternatives pour « gérer ces situations qui sont problématiques » paraissent également importantes pour les éducateurs et éducatrices : « remplir la vie d'autres choses, essayer de changer le focus ».

Plusieurs professionnel·le·s mentionnent la difficulté de faire diminuer la place prise par la question du cannabis dans les échanges avec les jeunes, en raison du protocole institutionnel ou du regard des collègues, qui, de fait, exercent une forme de contrôle social (Bouquet, 2012) :

mais après, *on est dans un collectif ...* " ta référée elle a fumé ", pis toi tu vas vers la jeune et tu dis " t'as fumé hier soir ", pis *on a envie de parler d'autre chose* et d'avancer différemment.

8.2 Contrôle, sanctions et protocoles

Le contrôle de la consommation et les sanctions qui en découlent prennent souvent une place importante dans la prise en charge des situations de consommation de cannabis. De

l'avis des professionnel·le·s interrogé·e·s, ceci pousse les jeunes à trouver des stratégies pour les contourner. Dans plusieurs des institutions concernées, des prises d'urines et des fouilles sont faites de manière systématique, dès l'admission des jeunes. Les privations d'avantages, les punitions ou les mises à l'écart sont décrites comme monnaie courante.

Des situations de décalages

Des tensions importantes semblent apparaître lorsqu'il existe un décalage entre ces protocoles et la réalité de l'activité.

Par exemple, face à des jeunes qui n'arrêtent pas de consommer mais avec lequel·le·s il est possible d'entrer dans une dynamique de gestion de cette consommation avec un projet qui est considéré comme satisfaisant par l'équipe éducative. Avec des prises d'urine effectuées de manière systématique, les professionnel·le·s doivent sanctionner ces adolescent·e·s alors même qu'ils et elles atteignent les objectifs fixés.

On me parle également d'un protocole qui a été en partie assoupli pour correspondre à la réalité du terrain : « on aurait des étapes à respecter, un protocole. ... mais actuellement, comme on est dépassés un peu par cette consommation permanente ... il est plus du tout respecté ». Les prises d'urine ne sont plus faites de manière systématique car elles seraient toutes positives, les sanctions sur les retours à la maison ne sont plus mises en place car il en découlerait la présence d'un trop grand nombre de jeunes sur la structure pendant les weekends, et la priorité est mise sur l'interdiction de la consommation sur le site. Néanmoins, n'ayant pas le droit de quitter l'institution, si les adolescent·e·s s'en éloignent pour consommer ils et elles se trouvent sanctionné·e·s pour l'avoir fait.

Congruence et marges de manœuvre

Dans deux situations décrites, il n'y a par contre que peu de tensions. C'est, par exemple, le cas lorsque le protocole est très strict (consommation interdite, prises d'urine systématiques et sanctions automatiques) mais que celui-ci correspond à la vision de l'éducatrice :

quand on se sent un peu démuni, on se dit finalement on arrive pas à faire autrement qu'avec ce cannabis là pour l'instant, il faudrait peut-être le prendre, finalement, le jeune, avec le cannabis, mais... on peut pas le faire parce que c'est pas... malgré tout, au fond de nous c'est pas ce qu'on veut promouvoir quand même, je pense.

Cette situation peut, malgré tout, être ressentie comme ayant des limites : « on met [le focus] sur l'abstinence et il faut plus de cannabis. Mais en même temps on se focalise, et plus on se focalise plus on nourrit ça ».

Ces tensions sont également faibles lorsque le protocole permet une certaine marge de manœuvre (Cornut, 2017) ; par exemple lorsque l'éducateur peut utiliser la prise d'urine, parmi d'autres outils, sans pour autant être forcé d'y avoir recours, un résultat positif devant automatiquement être annoncé : « du moment où c'est officiel, on a l'obligation d'informer. Avant, *on est dans une zone un peu grise, où l'éducateur peut gérer...* ». Mentionnant un jeune en particulier, cet éducateur explique alors la possibilité qui lui est donnée de construire une relation de confiance en favorisant le dialogue. S'il soupçonne une consommation, il en parle avec l'adolescent, l'encourage à annoncer lui-même cette consommation à ses parents et à établir ses objectifs. Une prise d'urine, annoncée au jeune à l'avance, peut également être repoussée si le jeune fait part du fait qu'il n'a pas réussi à s'abstenir de consommer :

c'est pas nécessairement une sanction, en disant " je te fais une PU parce que j'ai pas confiance en toi ". Mais c'est aussi mettre en avant qu'on va créer un lien, que la confiance, ça se gagne, ça se travaille. Et dans ce sens-là, si je fais des PU qui sont négatives, j'aurai de plus en plus confiance en lui parce que je vois que c'est en accord avec ce qu'il me dit.

Utilisée comme un outil de valorisation, cette prise d'urine sert aussi à la réhabilitation de l'adolescent : « il y avait des gens qui émettaient des doutes et puis j'avais besoin de vérifier ça, pour moi, et pour permettre aussi aux gens d'avoir une vision qui soit positive de ce jeune » .

8.3 Recours à des compétences externes

De l'avis de ces professionnel-le-s, le recours à des spécialistes n'est pas la panacée. La majorité des éducateurs et éducatrices interrogé-e-s considèrent que le suivi ambulatoire proposé par la fondation Addiction Valais / Sucht Wallis n'est pas adapté aux contraintes hebdomadaires des jeunes, déjà très sollicité-e-s. Il semble également aux professionnel-le-s qu'une prise en charge de la problématique au sein du quotidien est plus efficace que des mesures ponctuelles avec un-e spécialiste : « et puis il faut créer du lien avec la personne d'Addiction Valais pour qu'elle fasse quelque chose... ».

Malgré le fait qu'il devrait s'agir d'une démarche volontaire, ce suivi est parfois exigé par l'institution.

L'ensemble des éducateurs et éducatrices mentionnent par contre le recours au même médecin toxicologue, qualifié d'interlocuteur principal pour répondre aux questions des professionnel·le·s, faire des entretiens avec des adolescent·e·s au sein de l'institution, ou mettre en place des actions de sensibilisation à destination de l'ensemble des jeunes d'une structure.

9 Synthèse

Pour rappel, mon hypothèse de départ est la suivante :

H : l'activité de prévention des éducateurs et éducatrices dépend de leur manière de considérer la consommation de cannabis à l'adolescence.

Après analyse des propos des quatre éducateurs et éducatrices interrogé·e·s au sujet de leurs pratiques, il apparaît que cette activité dépend en effet de leur représentation de la consommation de cannabis à l'adolescence, et que la posture de ces professionnel·le·s vis-à-vis de celle-ci peut être décrite sur un continuum allant d'une *posture d'encadrement* d'un côté, à une *posture de soutien* de l'autre.

Il me paraît raisonnable de stipuler que cette activité de prévention ne dépend pas uniquement de la représentation qu'ont les professionnel·le·s de cette consommation. De plus, ces personnes travaillant au sein de structures ayant des prescrits institutionnels différents, il ne m'est pas possible d'identifier comment ces représentations et les prises en charge qui en découlent peuvent être, ou non, influencées par ceux-ci. Également, il convient de rappeler que l'analyse de ces pratiques ne se base que sur une « photographie » faite à un moment donné du parcours professionnel de ces éducateurs et éducatrices, et interprétée par moi.

On observe donc, d'une part, ce qui pourrait être qualifié de **posture d'encadrement**, plutôt *didactique*.

La consommation de cannabis à l'adolescence est décrite comme *une consommation à risque* et vue comme un problème en soi. L'attitude vis-à-vis des adolescent·e·s est une attitude de *protection*, visant la sécurité des jeunes. La consommation est principalement comprise comme une manière de se soigner ou une norme de groupe, et comme une *conduite à risque* comportant des risques *intrinsèques* et des conséquences directes.

On peut décrire alors dans les pratiques un certain *contrôle social*, avec un discours qui doit convaincre, et des contrôles et sanctions estimés justes et nécessaires, voir

indispensables. Ceci expliqué par la nécessité de réagir, au service d'une *abstinence* qui est, de fait, la seule façon d'éviter les conséquences délétères.

On observe d'autre part, une **posture de soutien**, suivant une logique plus *pragmatique*. La conception de la consommation de cannabis à l'adolescence est celle d'une pratique *comportant des risques* et pouvant être problématique comme non-problématique en fonction de critères et d'indicateurs observables. Les adolescent-e-s sont considéré-e-s comme pouvant nécessiter une protection particulière mais la priorité est donnée à leur *autonomie*. La consommation est vue autant comme une manière de se soigner qu'ayant pour but la recherche de plaisir, et elle est considérée comme une *conduite exploratoire* aux risques *potentiels*.

Les pratiques découlant de cette représentation de la consommation peuvent être décrites comme visant l'*émancipation* de l'adolescent-e, sa collaboration ainsi que sa participation au projet de *gestion* de cette consommation si celle-ci n'est pas considérée comme problématique pour l'adolescent-e.

10 Partie conclusive

10.1 Limites de l'étude

Je souhaitais, pour répondre à ma question de recherche, interroger des éducateurs et éducatrices travaillant au sein d'une même institution car, si les valeurs ainsi que la perception de leur mandat influencent les actions des professionnel-le-s, le cadre institutionnel a également un impact sur leur capacité d'action (Cornut, 2017 ; Wittorski, 2019). Il ne m'a malheureusement pas été possible de le faire, et, de fait, je ne peux exclure le biais des spécificités institutionnelles.

Une autre limite importante est le fait que, même pour une recherche de type qualitative, de par sa taille on ne peut considérer l'échantillon comme étant représentatif. Également, le fait d'avoir uniquement conduit des entretiens implique que je n'ai, au final, que des discours sur les pratiques et non les pratiques elles-mêmes.

Enfin, bien que je me réfère à des concepts théoriques, cette recherche reflète mon interprétation personnelle des données récoltées lors des entretiens effectués, et ne peut donc qu'être empreinte de subjectivité.

10.2 Pistes d'action professionnelles

Les pistes d'actions suivantes sont proposées parce qu'en lien avec des tensions et limites mais également des facilitateurs relevés dans le discours des professionnel-le-s rencontré-e-s, soit : la difficulté de trouver un « terrain d'entente » avec les jeunes ainsi que le sentiment d'un décalage entre protocoles institutionnels et réalité du terrain.

10.2.1 Au niveau individuel

Les problématiques de consommation de substances et d'addiction sont complexes, et afin d'en améliorer la compréhension et d'en faciliter l'accompagnement par les éducateurs et les éducatrices, il me semblerait judicieux d'encourager la formation des (futur-e-s) professionnel-le-s.

Dans son rapport sur la protection de la jeunesse dans le domaine de la consommation de substance addictive, la CSSP-CN (2019) souligne la « nécessité accrue de protection » (p.1) des adolescent-e-s. Cette protection globale de la jeunesse est comprise comme comportant les trois premiers piliers historiques.

Dans sa prise de position publiée le 30 novembre 2022, la Commission fédérale pour les questions liées aux addictions et à la prévention de maladies non transmissibles relève néanmoins le fait que les consommateurs et consommatrices de cannabis mineur-e-s devraient pouvoir « bénéficier de mesures protectrices plutôt que punitives, y inclus en matière de réduction des risques » (p.2).

Je pense que la formation pourrait permettre aux professionnel-le-s non seulement de confronter leurs propres représentations à celles d'autres professionnel-le-s de ce champ mais aussi d'intégrer dans la prise en charge ces référentiels de type réduction des risques, tels que la consommation contrôlée/non problématique ou l'intervention précoce (IP)³ (voir *Annexe 5.1* et *5.2*), augmentant ainsi la « palette » d'outils à disposition et augmentant les chances de parvenir à trouver un terrain d'entente avec les jeunes consommateurs et consommatrices, qui, pour la plupart, ne le seront plus à l'âge adulte (Gmel et al., 2017).

Intégration dans la formation de base

S'agissant de situations auxquelles font souvent face les travailleurs et travailleuses social-e-s quel que soit le champ dans lequel ils et elles travaillent (Savary et al., 2021), il est pour moi peu compréhensible que ce sujet n'apparaisse pas, comme c'est déjà le cas dans les HES de Genève et Lausanne, dans le cursus de formation de base.

Dans leur analyse de la situation de la formation continue dans le domaine des addictions en Suisse, Amberg et al., (2020) soulignent d'ailleurs l'importance à leurs yeux « d'engager des efforts pour que la thématique de l'addiction soit intégrée dans la formation de base de certaines professions (p. ex. médecins, psychologues, professionnels

³ L'intervention précoce est décrite comme « une démarche interdisciplinaire/interprofessionnelle qui vise à formaliser et à organiser – entre la communauté, les acteurs de premières lignes et les spécialistes – le soutien nécessaire aux personnes en situation de vulnérabilité. Elle s'articule autour de quatre étapes distinctes et complémentaires : la promotion d'un environnement favorable, le repérage, l'évaluation et la prise en charge » (Groupe romand d'études des addiction [GREAA], s.d.).

de la santé, travailleurs sociaux, policiers) » (p.12). Cette recommandation apparaissait déjà dans le rapport de 2014 du Groupe d'experts Formation Dépendances.

Encouragement de la formation continue

Il existe également de nombreuses formations continues de durées variables, hors site ou pouvant être organisées au sein des institutions, proposées principalement en Suisse romande par les deux acteurs principaux (Amberg et al., 2020) que sont la Fédération romande des organismes de formation (FORDD) et le Groupement romand d'études des addictions (GREA) (voir *Annexe 5.3*). À noter que, selon les personnes interrogées par Amberg et al. (2020) ce sont « les ressources financières limitées des institutions et organes cantonaux qui constituent les principaux obstacles à l'accès aux formations continues » (p.10).

10.2.2 Au niveau institutionnel

Si le cadre légal est considéré comme un facilitateur pour les professionnel·le·s avec lequel·le·s je me suis entretenue, il en est de même d'un protocole jugé clair et adapté.

Réflexion autour des règlements et protocoles

Pour Cornut (2017), le cadre institutionnel doit être suffisamment clair pour que l'équipe éducative puisse s'y appuyer, mais pas trop rigide pour qu'elle puisse s'adapter à la complexité des situations individuelles. Il pourrait alors s'agir de repenser certains règlements pour qu'ils correspondent mieux à la réalité du terrain et laissent plus de marge aux professionnel·le·s.

Je pense qu'il est également important de se poser la question de ce qui pose réellement problème :

- Est-ce la consommation en général ou la consommation sur site ?
- Comment les prises d'urines systématiques, en plus d'avoir comme conséquence une obligation de sanctionner, sont-elles réellement conciliables avec la relation de confiance que souhaiteraient voir se développer les éducateurs et les éducatrices ?
- Quelles conséquences, en termes de pression et de stress, les contrôles mis en place peuvent-ils avoir sur les adolescent·e·s qui y sont soumis·es ?

À mon avis ces réflexions méritent que l'on s'y attarde.

Définition d'une politique de prise en charge de repérage et d'intervention précoce

Lors de ces entretiens, il est apparu que la plupart des éducateurs et éducatrices estimaient n'avoir, au sein de leur institution, que peu ou pas d'outils à disposition pour « gérer » ces situations de consommation.

La grande majorité des professionnel·le·s avec lequel·le·s j'ai pu m'entretenir, soit à l'occasion de mon Travail de Bachelor, soit au cours du module MAP Addiction que j'ai pu suivre à la HETS de Genève, relèvent la difficulté pour les institutions accueillant des adolescent·e·s de définir une politique de prise en charge de ces problématiques de consommation.

Pour faciliter cette démarche, le Programme DEPART (s.d.) du CHUV, spécialisé dans le repérage, l'évaluation et l'accompagnement d'adolescent·e·s consommateurs et consommatrices de substance, propose par exemple un soutien aux professionnel·le·s qui travaillent avec des adolescent·e·s qui consomment, en les aidant à mettre en place, au sein de l'institution, une approche de repérage et d'intervention précoce (voir *Annexe 5.4*). Lors des entretiens, il est apparu que le recours aux spécialistes n'est considéré comme satisfaisant pour aucun·e des professionnel·le·s, sauf en ce qui concerne le médecin toxicologue auquel toutes les institutions concernées font ponctuellement appel. Je pense qu'il peut être bénéfique d'avoir, pour compléter cette perspective biologique, le regard d'un service composé de professionnel·le·s issu·e·s à la fois du domaine de la santé et du social, pour permettre une approche bio-psycho-sociale de la problématique.

10.3 Bilan

J'ai profondément besoin que les choses « fassent sens ». Au-delà du « juste » ou du « faux », je cherche à trouver une logique cohérente à mes yeux. C'est pourquoi, je me suis toujours posé beaucoup de questions sur la manière dont chacun et chacune perçoivent les choses et sur ce qui les motive à (ré)agir. Parce que, à mon avis, il y a toujours une raison à toute (ré)action.

Ce travail m'a permis de réunir plusieurs sujets qui m'intéressent et me questionnent régulièrement :

- les normes et le rapport des personnes à celles-ci,
- les tensions que vivent les professionnel·le·s du travail social,

- et les questions liées à l'addiction ou plus généralement à la consommation de substances psychotropes.

Les recherches effectuées m'ont permis d'approfondir mes connaissances de ces thématiques et d'avoir un aperçu de leur complexité.

Le module Addiction que j'ai pu suivre à Genève pendant un semestre, en plus des connaissances qu'il m'a apportées, m'a donné l'occasion d'échanger avec des professionnel-le-s de la santé et du social de différents cantons, travaillant dans ce champ. J'ai ainsi pu mieux saisir certains des enjeux concernant cette question, particulièrement en ce qui concerne les mineur-e-s ; mineur-e-s considéré-e-s par de nombreux professionnel-le-s rencontré-e-s, sous couvert de les protéger, comme les « laissé-e-s pour compte » des prises en charge spécialisées.

Au fil de ces échanges et des entretiens, je me suis appliquée à être attentive aux différents éléments de langage, à écouter le discours pour tenter d'aller au-delà de celui-ci et à faire s'exprimer les éducateurs et éducatrices sur les réelles problématiques qu'elles perçoivent.

Mais ce travail a également été une grande source de frustration pour moi, en raison des nombreuses thématiques que j'aurais souhaité pouvoir aborder mais que j'ai dû laisser de côté, faute de place et de temps.

10.4 Conclusion générale

Je n'ai pu, comme je le souhaitais, interroger des éducateurs et éducatrices travaillant au sein de la même institution. Il m'a été tout de même possible de constater que les actions peuvent différer malgré des protocoles équivalents, et que de fortes tensions peuvent découler des décalages entre ces règlements et les représentations des professionnel-le-s. Je me suis trouvée face à des professionnel-le-s qui, s'ils et elles pouvaient faire face à des situations similaires, dans des contextes proches, n'en avaient pas pour autant la même vision.

Si j'ai remarqué de grandes différences en matière de représentations et de postures chez les professionnel-le-s que j'ai rencontré-e-s, deux points communs sont à souligner parmi elles et eux : aucun-e ne banalise cette problématique de consommation, et tous et toutes ont en commun la volonté de trouver l'accompagnement le plus « juste » possible.

Dans les prises en charge des problématiques de consommation et d'addiction, l'abstinence est aujourd'hui considérée par les professionnel-le-s du champs comme un des buts possibles parmi d'autres. Elle est également vue comme un moyen parmi d'autres.

Un éducateur m'a dit un jour qu'une interdiction limite l'apparition d'une problématique ; mais peut aussi repousser le problème, forçant peut-être les jeunes à gérer cela « seul-e-s », après avoir quitté l'institution. Je pense que, même lorsque l'idéal à atteindre pour un-e professionnel-le est l'abstinence, le moyen d'y parvenir n'est peut-être pas, ou en tout cas pas systématiquement, l'abstinence du produit. Je pense également que, plus les outils à disposition sont nombreux, plus les chances augmentent de trouver une réponse « adaptée », convenant et aux professionnel-le-s et aux jeunes concerné-e-s.

Bibliographie

- Abderhalden, I. (2020). Prévention des addictions. In Bonvin, J.-M., Hugentobler, V., Knöpfel, C., Maeder, P., & Tecklenburg, U. (Éds.), *Dictionnaire de politique sociale suisse* (pp. 423-425). Seismo Verlag. <https://doi.org/10.33058/seismo.20729>
- Abric, J.-C. (Éd.). (2016). Chapitre I – Les représentations sociales : Aspects théoriques. In J.-C. Abric, *Pratiques sociales et représentations* (2e éd., pp.15-46). Presses Universitaires de France.
- Abric, J.-C. (Éd.). (2005). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In J.-C. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 59-80). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.abric.2003.01.0059>
- Addict'Aide. (2016, 28 janvier). *Facteurs de risque liés au produit*. <https://www.addictaide.fr/facteurs-de-risque-lies-au-produit/>
- Amberg H., Bieri, O., Stamm, M. (2020). *Situationsanalyse Weiterbildung im Bereich Sucht : Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*. Interface Politikstudien ; OFSP. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/sucht/weiterbildung-suchthilfe/situationsanalyse-weiterbildung-sucht.pdf.download.pdf/Schlussbericht_Situationsanalyse%20Weiterbildung%20Sucht_2020_08_17_INTERFACE.pdf
- AvenirSocial. (2010). Code de déontologie du travail social en Suisse.
- Baillergeau, É. (2008). Intervention sociale, prévention et contrôle social : La prévention sociale d'hier à aujourd'hui. *Déviance et Société*, 32(1), 3. <https://doi.org/10.3917/ds.321.0003>
- Baumberger, P. (2020). Politique des addictions. In Bonvin, J.-M., Hugentobler, V., Knöpfel, C., Maeder, P., & Tecklenburg, U. (Éds.), *Dictionnaire de politique sociale suisse* (pp. 394-396). Seismo Verlag. <https://doi.org/10.33058/seismo.20729>
- Berlioz, G. (2002). La prévention de la délinquance : Repères pour l'action. *Cahiers du DSU*, 34, (5). <https://cabinetcress.fr/prevention-delinquance-reperes-pour-laction/>
- Bertolini, M. (2011). Adolescence et addictions. *Revue médicale suisse*, 7, 1794-1798 <https://www.revmed.ch/revue-medicaire-suisse/2011/revue-medicaire-suisse-309/adolescence-et-addictions>
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2007). *L'entretien*. (2^e éd.) Armand Colin.
- Bouquet, B. (Éd.). (2005a). Le concept de prévention : approches socio-historiques et culturelles. In B. Bouquet, *La prévention : Concept, politiques, pratiques en débat* (pp. 10-11). Harmattan.

- Bouquet, B. (Éd.). (2005b). Chapitre III. Prévention, risques et principe de précaution dans le travail social. In B. Bouquet, *La prévention : Concept, politiques, pratiques en débat* (pp. 45-57). Harmattan.
- Bouquet, B. (2012). Analyse critique du concept de contrôle social : Intérêts, limites et risques. *Vie sociale*, 1(1), 17-28. <https://doi.org/10.3917/vsoc.121.0015>
- Bourdillon, F. (2009). *Traité de prévention*. Flammarion.
- Brichaux, J. (2005). *L'éducateur spécialisé en question(s): La professionnalisation de l'activité socio-éducative*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.brich.2005.01>
- Cadière, J. (2013). *L'apprentissage de la recherche en travail social*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.cadie.2013.01>
- Cambon, L. (2009). *L'identité professionnelle des éducateurs spécialisés: Une approche par les langages*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.cambo.2009.01>
- Capul, M. & Lemay, M. (2019a). Chapitre V. La relation éducative. In M. Capul, M. Lemay & P. Gaberan (Éds.), *De l'éducation spécialisée: Ses enjeux, son actualité et sa place dans le travail social* (pp. 165-201). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.capul.2019.01.0165>
- Capul, M. & Lemay, M. (2019b). Chapitre VIII. La conduite des entretiens. In M. Capul, M. Lemay & P. Gaberan (Éds.), *De l'éducation spécialisée: Ses enjeux, son actualité et sa place dans le travail social* (pp. 291-330). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.capul.2019.01.0165>
- Chauvière, M. (2007). Prévention et action sociale. *VST - Vie sociale et traitements*, 94(2), 20. <https://doi.org/10.3917/vst.094.0020>
- Colombo, A. & Fontannaz, P. (2016). *La parentalité en situation de toxicodépendance dans le canton de Vaud : mieux la comprendre, mieux l'accompagner*. Fondation Le Relais.
- Colombo, A., Pulzer, N. & Parazelli, M. (2016). Représentations sociales des sans-abri : La mobilisation des Enfants de Don Quichotte à Paris. *Déviance et Société*, 40, 51-77. <https://doi.org/10.3917/ds.401.0051>
- Commission cantonale de promotion de la santé (2019). Programme cadre 2019-2022 : promotion de la santé et prévention. Canton du Valais. <https://www.vs.ch/web/ssp/promotion>
- Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil National (2019). *Rapport : la protection de la jeunesse dans le domaine de la consommation de substances addictives*. Confédération suisse. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/regulierungen-suchtbereich/jugendschutz.html>

Commission fédérale pour les questions liées aux addictions et à la prévention des maladies non transmissibles (30 novembre 2022). *Régulation du cannabis en Suisse : contrôlé, accessible mais pas promu*. Confédération suisse.

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-kommission-sucht-praevention-ncd-eksn.html>

Commission fédérale pour les questions liées aux drogues. (2006). *D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives*. Hans Huber.

Cornut, M. (2017). *Consommation de substances chez les adolescents en foyer : quelle collaboration entre police et milieux éducatifs ?* GREA ; Confédération suisse ; OFSP ; GRAS

Cottin, P. (2018). Introduction. In P. Cottin, A. Lanchon & A. Le Penne (Éds.), *Accompagner les adolescents: Nouvelles pratiques, nouveaux défis pour les professionnels* (pp. 7-12). Érès.

<https://doi.org/10.3917/eres.cotti.2018.01.0007>

Couteron, J.-P. (2019). Chapitre 10. Le concept d'addiction. In A. Morel. & J.-P. Couteron (Éds.), *Addictologie : en 47 notions* (3^e éd., pp. 107-117). Dunod.

<https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0107>

Couteron, J.P. & Lascaux, M. (2018). Chapitre 7. Usages et dépendances à l'adolescence : soutenir la relation éducative. In P. Cottin, A. Lanchon & A. Le Penne (Éds.), *Accompagner les adolescents: Nouvelles pratiques, nouveaux défis pour les professionnels* (pp. 107-116). Érès.

<https://doi.org/10.3917/eres.cotti.2018.01.0107>

Chastonay, P., Wirth, C., Zybach, U. & Mattig, T. (2020). Prévention et promotion de la santé. In Bonvin, J.-M., Hugentobler, V., Knöpfel, C., Maeder, P., & Tecklenburg, U. (Éds.), *Dictionnaire de politique sociale suisse* (pp. 426-428). Seismo Verlag. <https://doi.org/10.33058/seismo.20729>

De Robertis, C. (2013). Chapitre 7. Pratique professionnelle : une tentative de définition. In Association provençale pour la recherche en histoire du travail social (Éd.), *Institutions, acteurs et pratiques dans l'histoire du travail social* (pp. 137-144). Presses de l'EHESP.

<https://doi.org/10.3917/ehesp.apreh.2013.01.0137>

DEPART. Repérage, évaluation et accompagnement d'adolescents consommateurs de substances.

<https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/programme-depart-reperage-evaluation-et-accompagnement-dadolescents-consommateurs-de-substances/>

Flanquart, H. (2016). *Des risques et des hommes*. Presses Universitaires de France.

Gaberan, P. (2007). *La relation éducative: Un outil professionnel pour un projet humaniste*. Érès.

<https://doi.org/10.3917/eres.gaber.2007.01>

Gerber, U. & Krebs, M. (2020). Addictions. In Bonvin, J.-M., Hugentobler, V., Knöpfel, C., Maeder, P., & Tecklenburg, U. (Éds.), *Dictionnaire de politique sociale suisse* (pp. 32-34). Seismo Verlag.

<https://doi.org/10.33058/seismo.20729>

- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmel, C. (2017). *Monitoring suisse des addictions : consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2016*. Addiction Suisse.
- Gordon, R. S. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Report*, 98(2), 107-109.
- Groupe romand d'études des addiction. (s.d.). Intervention précoce (IP).
<https://www.grea.ch/dossiers/intervention-precoce-ip>
- Groupe d'experts Formation Dépendance (2014). *Formation continue dépendance – passé, présent, avenir*. GFD/EWS ; OFSP.
https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/npp/sucht/weiterbildung-suchthilfe/bericht-ews-weiterbildung-im-suchtbereich.pdf.download.pdf/extraits_rapport-gfd_formation-continue-dans-le-domaine-des-dc3a9pendances_f.pdf
- Infodrog. (2022). *Lexique de la prévention : Consommation contrôlée*.
<https://www.infodrog.ch/fr/ressources/lexique-de-la-prevention/consommation-controlee.html>
- International Association of Schools of Social Work, (2014). Définition internationale du travail social.
<https://www.eassw.org/global/definition-internationale-du-travail-social/>
- Jodelet, D. (Éd.). (2003). 1. Représentations sociales : un domaine en expansion. In D. Jodelet, *Les représentations sociales* (pp. 45-78). Presses Universitaires de France.
- Kermisch, C. (2012). Vers une définition multidimensionnelle du risque. *Vertigo*, 12(2).
<https://doi.org/10.4000/vertigo.12214>
- Le Breton, D. (2013). *Conduites à risque*. Presses Universitaires de France.
<https://doi.org/10.3917/puf.breto.2013.02>
- Le Garrec, S. (2011). Le temps des consommations comme oubli du présent. *Psychotropes*, 17(2), 19-38.
<https://doi.org/10.3917/psyt.172.0019>
- Libois, J. (2017). Préface. In B. Vittori (Éd.) *Au risque de la prévention : Enfance, jeunesse, familles et travail social : de la prévention précoce à la participation sociale*. (pp.11-17). IES.
<http://books.openedition.org/ies/1210>
- Loi cantonale valaisanne du 12 mars 2020 sur la santé (LS/VS ; RS/VS 800.1 ; état le 1er janvier 2021)
- Michaud, S. (2017). Postface. In B. Vittori (Éd.) *Au risque de la prévention : Enfance, jeunesse, familles et travail social : de la prévention précoce à la participation sociale*. (pp.253-268). IES.
<http://books.openedition.org/ies/1240>
- Morel, A. (2019a). Chapitre 4. Les drogues : définitions et classification. In A. Morel & J.-P. Couteron (Éds.), *Addictologie : en 47 notions* (3^e éd., pp. 45-53). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0045>

- Morel, A. (2019b). Chapitre 6. Drogues, dangers et complications. In A. Morel & J.-P. Couteron (Éds.), *Addictologie : en 47 notions* (3^e éd., pp. 65-75). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0065>
- Morel, A. (2019c). Chapitre 8. Drogues et expérience. In A. Morel & J.-P. Couteron (Éds.), *Addictologie : en 47 notions* (3^e éd., pp. 87-94). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0087>
- Office fédéral de la santé publique (2020). *Plan de mesures 2021-2024 de la Stratégie nationale Addiction 2017-2024*. Confédération suisse. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht/massnahmenplan-nationale-strategie-sucht.html>
- Office fédéral de la santé publique. (2015). *Stratégie nationale Addiction 2017-2024*. Confédération suisse. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>
- Ordonnance valaisanne du 04 mars 2009 sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents (RS/VS 801.100 ; état le 1^{er} janvier 2012)
- Ordonnance valaisanne du 30 mai 2012 sur les addictions (RS/VS 812.10 ; état le 1^{er} octobre 2015)
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa.
- Pagani, V., Alla, F., Cambon, L., & Claudot, F. (2018). Élaboration des normes de prévention : Une réflexion éthique nécessaire. *Santé Publique*, 30(3), 321-331.
<https://doi.org/10.3917/spub.183.0321>
- Pascal, H. (2018). Chapitre 2. Le travail social et les sciences sociales. In C. De Robertis, *Méthodologie de l'intervention en travail social*. (pp. 41-62). Presses de l'EHESP.
- Phan, O. & Couteron, J.-P. (2019). Chapitre 23. Adolescence et addiction. In A. Morel. & J.-P. Couteron (Éds.), *Addictologie : en 47 notions* (3^e éd., pp. 281-292). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0281>
- Pruvost, G. (2018). Contrôle social. In S. Paugam (Éd.), *Les 100 mots de la sociologie* (2^e éd., p. 55). Presses universitaires de France.
- Rappo, J.-J. & Stock, N. (2020). La consommation non problématique : Un concept pour restaurer le pouvoir d'agir en résidentiel. *Dépendance*, 67, 6-9.
- Raude, J. (2013). Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : Paradigmes et évolutions. *Communication & langages*, 176(2), 49-64.
- REPER : Gouvernail. Programme romand de promotion de la santé et prévention des conduites à risque pour adolescents. <https://gouvernail.ch/>
- Robert, G. (2005). Chapitre I. Genèse et évolution du concept de prévention en matière de santé. In B. Bouquet (Éd.), *La prévention : Concept, politiques, pratiques en débat* (pp. 19-30). Harmattan.

- Sachot, M. (2009). Normativité et scientificité dans le champ éducatif : Entre logique épistémologique et logique institutionnelle. *Le Télémaque*, 36(2), 69-84. <https://doi.org/10.3917/tele.036.0069>
- Savary, J.-F., Tharin, A., Bach, R., Fazan, C., Durgnat, H. & Perriard, C. (2021). Über die Krankheit hinaus : Die Rückkehr der Sozialen Arbeit. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Éds.), *Soziale Arbeit und Sucht : Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (pp. 261-278). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6_16
- Savary, J.-F. (2007). La politique suisse en matière de drogues : Le modèle des 4 piliers, historique et perspectives. *Le dossier du mois de l'Artias*. GREAT https://artias.ch/artias_dossier/la-politique-suisse-en-matiere-de-drogues-le-modele-des-4-piliers-historique-et-perspectives/
- Schopenhauer, A. (1925). *Le fondement de la morale : mémoire non couronné par la société royale des sciences de Danemark à Copenhague le 30 janvier 1840* (11^e éd., trad. A. Burdeau). Alcan.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.
- Vittori, B. (Éd.) (2017). Introduction : De la prévention dans un monde en mutation. In B. Vittori, *Au risque de la prévention : Enfance, jeunesse, familles et travail social : de la prévention précoce à la participation sociale*. (pp. 19-35). IES. <http://books.openedition.org/ies/1210>
- Wacquez, J. (2012). Les fondamentaux : Le noyau dur du métier d'éducateur. In M. Davagle, M. Gilles, F. Huvelle, L. Istace, M. Van den Eynde, J. Vanhaverbeke, P. Van Hoye, J. Wacquez & D. Wautier (Éds.), *Les carnets de l'éducateur : Exploration de la profession* (pp. 21-66). Rhizome ASBL.
- Wittorski, R. (2019). Le métier de travailleur social, une activité d'abord co-construite et distribuée. *Vie sociale*, 25-26(1), 131-141. <https://doi.org/10.3917/vsoc.191.0131>
- Zimmermann, G., Barbosa Carvalhosa, M., Sznitman, G., Van Petegem, S., Baudat, S., Darwiche, J., Antonietti, J. & Clémence, A. (2017). Conduites à risque à l'adolescence: manifestations typiques de construction de l'identité ?. *Enfance*, 2, 239-261. <https://doi.org/10.3917/enf1.172.0239>

Annexes

Annexe 1 - Types et niveaux de prévention	I
Types de prévention	
Niveaux de prévention	
Types et niveaux de prévention au sein d'une institution	
Annexe 2 - Actions et politiques de prévention	III
Des risques sanitaires aux risques sociaux	
Stratégies et discours de prévention	
Organisation de la prévention en Valais	
Annexe 3 - Le travail social dans le champ de l'addiction	VII
Annexe 4 - Grille d'entretien	VIII
Annexe 5 - Autres ressources	XIV
Intervention précoce	
Concept de consommation non problématique en résidentiel	
Formation des professionnel·le·s	
Ressources à disposition des professionnel·le·s et des institutions	

Annexe 1 - Types et niveaux de prévention

Types de prévention

On peut distinguer deux types de prévention :

- *la prévention centrée sur le comportement* ou *prévention active*, qui consiste à s'adresser directement aux personnes cibles. Dans ce cas, la prévention cherche à changer le comportement, l'attitude, la motivation ou influencer les connaissances de personnes ou de groupes particuliers ;
- *la prévention structurelle* ou *prévention passive* (Raude, 2013) qui vise l'environnement et les structures. Il s'agit alors de mesures orientées sur les conditions-cadres, dans le but d'améliorer les conditions de vie, de travail et l'environnement (Chastonay et al., 2020).

Niveaux de prévention

Les deux classifications majoritairement utilisées pour décrire le niveau de prévention, et souvent confondues, classent ces niveaux respectivement en fonction du stade du phénomène ou du groupe cible.

C'est celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé dès 1948 qui a longtemps été la plus utilisée, et ce même en dehors du champ de la santé. Elle définit, en fonction du stade du phénomène, trois types de préventions :

- *la prévention primaire*, en amont du phénomène, a pour objectif d'empêcher sa survenue ;
- *la prévention secondaire*, au tout début de l'apparition du phénomène, vise à ce que le phénomène ne devienne pas (trop) grave ;
- *la prévention tertiaire*, après la survenue du phénomène, tend à réduire les dégâts et complications dus à ce phénomène, les rechutes ou les récidives (Bourdillon, 2009).

Pour sortir de cette approche « temporelle », mais également issue du champ de la santé, Gordon (1983) propose au début des années 80 une classification basée sur la population visée et non plus sur le moment de l'intervention :

- *la prévention universelle*, qui vise l'ensemble de la population ;

- *la prévention sélective*, qui s'adresse à un groupe particulier dont il est estimé qu'il est spécifiquement menacé par un phénomène ;
- *la prévention indiquée*⁴, qui vise les personnes de ces groupes en fonction de l'existence de facteurs de risque (Bourdillon, 2009).

Types et niveaux de prévention au sein d'une institution

Comme vu précédemment, toute action de prévention peut être qualifiée de *primaire*, *secondaire* ou *tertiaire*, en fonction de sa temporalité dans la problématique, soit en amont, au début du phénomène, ou lorsque celui-ci est « installé » (Bourdillon, 2009). N'ayant souvent que peu de possibilités d'agir de manière directe sur les conditions-cadre, les actions de prévention que les éducateurs et éducatrices peuvent mettre en place sont donc généralement du registre de la *prévention centrée sur le comportement*, ou *prévention active*.

Enfants, adolescent·e·s et personnes âgées, personnes migrantes, personnes en situation de handicap, ... Celles et ceux au contact desquel·le·s travaillent les professionnel·le·s du travail social peuvent être particulièrement vulnérables (AvenirSocial, 2010). Parce qu'ils et elles sont considéré·e·s comme potentiellement plus touché·e·s que le reste de la population par certains phénomènes sur lesquels veut agir la prévention, en se référant aux niveaux de prévention de Gordon (1983), on peut alors parler de *prévention sélective*. Dans le cadre d'un foyer accueillant des adolescent·e·s, ces actions sont donc destinées à l'ensemble des personnes avec lesquelles l'équipe éducative travaille, soit à l'ensemble des jeunes de l'institution.

À l'intérieur des groupes spécifiquement menacés par un phénomène, tels que celui des adolescent·e·s, il va être estimé que certain·e·s présentent des *risques spécifiques* qui augmentent encore leur vulnérabilité (Bourdillon, 2009). La prévention à destination de ce public va être alors qualifiée d'*indiquée*. Dans le cas d'un foyer accueillant des adolescent·e·s et jeunes adultes (groupe « à risque »), il peut par exemple s'agir de jeunes ayant des conduites dites « à risque » telles qu'une consommation régulière de substances psychoactives.

⁴ « indicated » dans le texte original de Gordon (1983). Certain·e·s auteur·e·s parlent de prévention « indicative » ou « ciblée »

Annexe 2 - Actions et politiques de prévention

Des risques sanitaires aux risques sociaux

En Europe, si l'action de prévention dans le domaine de la santé est très ancienne - les recommandations en matière d'alimentation ou d'activité physique étaient déjà diffusées au temps de l'Antiquité grecque - le concept de prévention sanitaire par l'État apparaît au XVIIIe siècle, en réponse aux besoins de main d'œuvre et de soldats.

À la fin du XIXe siècle, alors que la santé publique fait depuis un certain temps partie des prérogatives et obligations des gouvernements, les politiques de sécurité sociale étendent le champ de la prévention aux risques sociaux (Robert, 2005).

Dans la première partie du XXe siècle, grâce aux progrès de la médecine, la mortalité liée aux maladies infectieuses diminue drastiquement. L'effort de prévention se porte alors sur les maladies chroniques, faisant évoluer le concept de prévention d'une vision hygiéniste et moralisatrice d'*éducation sanitaire* à une *éducation pour la santé* : « la prévention s'envisage non plus tant par rapport à la maladie que par rapport à la santé et à sa consolidation. » (p.24). À noter que celle-ci s'inscrit dans un mouvement général de médicalisation de la société. Bourdillon (2009) décrit également cette période comme celle :

[d']une compétition internationale au sein de laquelle tous les régimes totalitaires exaltent la beauté et la puissance des corps, en particulier jeunes, ceux des soldats prêts pour la victoire et ceux des femmes prêtes à donner naissance à des enfants vigoureux (p.12).

La vision *biomédicale* de la prévention se développe. Cette vision ne tient pas compte des facteurs psychologiques et sociaux et considère donc qu'une information complète et fiable sur les risques suffit à changer le comportement d'une personne.

Dès les années 1970, l'amélioration des techniques de soins semble offrir moins d'opportunités d'améliorer la santé publique que la prévention. Partant du principe que la santé est devenue bien plus une question liée aux comportements individuels qu'aux facteurs extérieurs tels que les épidémies, on passe de l'*éducation pour la santé* à l'*éducation à la santé* (Robert, 2005).

Dans les années 1980, la crise économique et le début de l'épidémie de VIH soulignent l'importance de la prise en compte des facteurs socioéconomique dans la santé, ce qui

ouvre le champ de la prévention à de nouveaux acteurs. En 1986, avec la Charte d'Ottawa, l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] crée le concept global de *promotion de la santé*. La santé est alors définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » (p.1) qui dépend des facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques :

La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. (p.1)

Stratégies et discours de prévention

La stratégie de *prévention active* étatique consiste, jusqu'au milieu du XXe siècle, en des règlements – de l'interdiction simple à la sanction – auxquels doivent se soumettre les individus.

Communication du risque

Dans la période d'après-guerre, avec l'augmentation du niveau d'éducation des citoyens, les « rapports de domination/soumission sociale ... sont de moins en moins bien acceptés » (Raude, 2013, p.52). Plusieurs modèles de la psychologie de la prévention, à l'origine de l'approche motivationnelle des comportements de santé, voient le jour⁵. Se basant sur l'idée d'une acceptation de la population basée sur « le produit de processus cognitifs et individuels qui reposent sur l'évaluation subjective des probabilités et des conséquences liées aux risques sanitaires et aux moyens de les réduire » (p.52), la vision *biomédicale* de la prévention se développe.

La prévention doit expliquer ; excluant les facteurs psychologiques et sociaux, cette approche considère donc qu'une information complète et fiable *sur les risques* suffit à changer le comportement d'une personne (Robert, 2005).

Communication persuasive

À partir des années 1980, on voit apparaître les slogans de prévention. Se basant sur les techniques utilisées dans les domaines de la communication et du marketing, les messages sont facilement mémorisables et, si possible, ciblés. Ils doivent également, pour être plus

⁵ le *Health Belief Model*, la *Protection Motivation Theory* de Rogers ou le *Common-Sense Model* de Leventhal (Raude, 2013).

efficaces et donc avoir un meilleur impact en terme de changement de comportement, faire peur.

La prévention doit convaincre ; Jocelyn Raude (2013) souligne à ce sujet les nombreuses controverses suscitées dans le monde scientifique : en plus de l'usage éthiquement discutable de la peur comme outil de promotion de la santé, « il semblerait que l'appel à la peur puisse favoriser sous certaines conditions l'activation de mécanismes de défense cognitive qui conduisent à une minimisation ou une dénégarion du risque » (p.55).

Prévention communautaire

Dès les années 1990, on assiste au développement d'une approche *socio-écologique* de la prévention de la santé, faisant la part belle à l'*empowerment*.

La prévention doit être communautaire et donc participative ; si les facteurs interpersonnels ont plus d'impact sur les comportements de santé que les facteurs intra-personnels, les communautés concernées ont des compétences qu'elles peuvent mettre à profit pour améliorer les conditions sanitaires et sociales de leurs membres (Raude, 2013).

Pour ce qui est du champ de la *prévention active* en santé publique, ce sont donc actuellement les trois approches dominantes de « communication du risque », « communication persuasive » et de « prévention communautaire » (p.50) qui, si elles sont apparues consécutivement, cohabitent sans s'être remplacées.

Organisation de la prévention en Valais

En Valais, plusieurs champs du domaine de la prévention sont très développés, voire institutionnalisés : la santé, la santé sexuelle et l'addiction. Le Conseil d'État valaisan définit la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention des maladies et des accidents. Il coordonne et évalue les programmes mis en place (art. 112 de la Loi cantonale valaisanne du 12 mars 2020 sur la santé [LS/VS]). Dans ce cadre, il soutient particulièrement les actions à destination des jeunes (art. 123 LS/VS) ; plusieurs fondations et associations actives dans le champ de la prévention sont mandatées par le canton, par voie de convention ou d'ordonnance.

Promotion Santé Valais (PSV) peut se voir confier des « tâches de coordination et d'exécution en matière de promotion de la santé et de prévention » (art. 7 al.2 de l'Ordonnance valaisanne du 04 mars 2009 sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents).

En terme de santé sexuelle, dans son programme-cadre 2019-2022 de promotion de la santé et prévention (Commission cantonale de promotion de la santé, 2019), le canton du valais définit les « partenaires de la santé sexuelle en Valais » (p.13) comme étant : les centres SIPE, l'Institut Central des Hôpitaux (ICH), Alpagai et les Antennes contre le sida.

La prévention des addictions, quant à elle, « relève des institutions prévues dans les dispositions légales spécifiques en la matière » (art. 21 al. 1 de l'Ordonnance valaisanne du 04 mars 2009 sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et des accidents), et est coordonnée par la fondation Addiction Valais / Sucht Wallis (art. 4 al.1 de l'Ordonnance valaisanne du 30 mai 2012 sur les addictions).

Annexe 3 - Le travail social dans le champ de l'addiction

Comme le décrivent Savary et al. (2021), jusqu'à la fin du XXe, le travail social était au cœur de la prise en charge de l'addiction. En favorisant le développement de la médecine des addictions et donc la place des soins dans sa prise en charge, la mise en œuvre du modèle des quatre piliers au début des années 1990 a eu un fort impact sur les professionnel·le·s du domaine. On observe alors en Suisse romande, sous l'égide des cantons, une rationalisation de l'offre. En matière de traitement de l'addiction, des dispositifs d'indication sont chargés, entre autres, d'évaluer la personne, de la diriger vers le service le plus approprié ainsi que de faciliter la coordination des différent·e·s acteurs et actrices du secteur.

Cette médicalisation de la problématique de l'addiction a entraîné une diminution des moyens financiers à disposition des acteurs et actrices issu·e·s de champs autres que celui du sanitaire - tel que le travail social – ainsi qu'une perte de légitimité des professionnel·le·s concerné·e·s, qui ont été forcé·e·s de repenser et redessiner la place de la profession dans le domaine.

Annexe 4 - Grille d'entretien

GRILLE D'ENTRETIEN		Remarques
Introduction		
Remerciements	Pour avoir accepté de participer et pour le temps accordé	
Rappel de la recherche	Travail de recherche pour le mémoire de Bachelor en TS, sujet : la manière dont les éducateurs et éducatrices « gèrent » les situations de consommation des adolescent·e·s auprès desquel·le·s ils et elles travaillent.	
Enregistrement de l'entretien	L'entretien est enregistré puis retranscrit afin de garantir la fidélité des propos. Demander confirmation que c'est ok. Détailler la posture éthique. Rappeler les closes d'anonymat, de confidentialité, la destruction de ce matériel à la fin de la recherche.	
Ethique		Remarques
Anonymat & confidentialité	Votre nom ne sera cité sur aucun document et je m'engage à observer la plus grande discrétion concernant l'ensemble de la démarche.	
Règles de l'entretien	<ul style="list-style-type: none"> - Pause ou arrêt à tout moment de l'entretien si vous le désirez. - Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions - Il n'y a pas de « juste » ou « faux » - N'hésitez pas à me demander une précision si quelque chose n'est pas clair pour vous 	
Autres		Remarques
Questions	Avez-vous des questions ?	
Remarques	Voulez-vous dire quelque chose avant que nous débutions l'entretien ?	

Question de recherche : « Dans le cadre d'une institution accueillant des adolescent-e-s, comment l'activité de prévention des éducateurs et éducatrices est-elle influencée par leurs représentations ? »

Hypothèse : « L'activité de prévention des éducateurs et éducatrices dépend de leur manière de considérer la consommation de cannabis à l'adolescence. »

Cadre institutionnel		
Description de l'institution	Questions de relance	Indicateurs
Pouvez-vous me parler un peu, me décrire l'institution dans laquelle vous travaillez ?		Population (âge, profil, ...) Mandat « conditions d'entrée » Nombre de jeunes Durée de séjour

Compréhension de la consommation de cannabis à l'adolescence		
Compréhension du comportement / des conduites adolescentes	Questions de relance	Indicateurs
<p>Si je dis « adolescence » quels sont les mots qui vous viennent en tête ?</p> <p>Pour chacun des termes :</p> <p>Qu'entendez-vous par... ?</p>	<p>- Quelles sont les spécificités dont vous tenez compte dans le cadre de votre travail auprès d'adolescent-e-s ? À quoi êtes-vous plus particulièrement attentif-ve ?</p> <p>- Si je dis « consommation de cannabis à l'adolescence », qu'est-ce que cela évoque pour vous ?</p>	<p>Risque Danger Dépendance/addiction Expérience /expérimentation Découverte Nouveauté Copains/pairs</p>
Compréhension des types de consommations à l'adolescence	Questions de relance	Indicateurs
<p>Au sein de votre institution, qui sont les jeunes qui consomment du cannabis ?</p> <p>Pareil pour tous les âges ? (moins de 16, + de 18.. ?)</p>	<p>- Quelles sont, pour vous, les raisons qui font que ces ados fument du cannabis ?</p> <p>- Dans le cadre de votre travail, ça veut dire quoi pour vous un jeune qui consomme du cannabis ?</p> <p>- Comment décririez-vous les types de consommateurs au sein de votre institution ? Comment consomment-ils ?</p>	<p>Contexte (seul/groupe) Fréquence de la conso But de la conso Conséquences Pas de dommages Dommages Perte de maîtrise</p>
Compréhension de la perception de la consommation par le cadre	Questions de relance	Indicateurs
<p>Lorsqu'il y a (suspicion de) consommation, comment percevez-vous la réaction...</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'entourage (famille, réseau) - de l'institution - des professionnel-le-s <p>Et vis-à-vis des autres stupéfiants ? (tabac, alcool, autres substances illégales, ...)</p>		

Jugement de la consommation de cannabis à l'adolescence		
Risques liés à la consommation	Questions de relance	Indicateurs
<p>Quelles peuvent être, selon vous, les conséquences d'une consommation de cannabis pour ces adolescent-e-s ?</p> <p>Pour chacun des termes :</p> <p>Qu'entendez-vous par... ?</p> <p>Quel serait, pour vous, la conséquence majeure ?</p> <p>Réponse liée à votre pratique/expérience, à vos connaissances ?</p>	<p>- Quels sont, pour vous, les risques liés à la consommation de cannabis pour les adolescent-e-s avec lequel-le-s vous travaillez ?</p>	<p>Intégration sociale Intégration prof. Santé physique Santé psychique ...</p>

Actions mises en œuvre		
Réaction face à une situation de consommation	Questions de relance	Indicateurs
<p>Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez été face à un jeune qui consommait du cannabis ?</p> <p><i>Sinon : « Vous surprenez un jeune en train de fumer derrière le bâtiment »</i></p> <p><i>Aussi : Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez pensé qu'un.e ado consommait du cannabis ?</i></p>	<p>- Qu'avez-vous pensé ? - Qu'avez-vous fait ? - Qu'avez-vous dit ? - Avez-vous fait intervenir quelqu'un ? (interne/externe) - (Y a-t-il une forme de « protocole » institutionnel en la matière ?) - Est-ce que c'est une situation habituelle ? <i>Si non :</i> - <i>Quelle serait une situation plus habituelle ?</i></p>	<p>Personne / groupe visée Temporalité de l'action Discours Mesures / sanctions Personnes informées Outils à disposition</p>

Situation institutionnelle	Questions de relance	Indicateurs
<p>Faites-vous fréquemment face à des situations de consommation ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence - Proportion de jeunes concerné.e.s - Constance /variabilité 	
<p>Questionnements</p> <p>Y a-t-il des questionnements au sein de l'équipe concernant...</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise en charge de ces situations - les outils à disposition - la politique institutionnelles ? <p>En tant que professionnelle, quelle sont les principales tensions dans lesquelles ces situations vous mettent-elle ?</p>	<p>Questions de relance</p>	<p>Indicateurs</p>
<p>Prévention</p> <p>Qu'est-ce que signifie la prévention pour vous ?</p> <p>Dans votre pratique, à quels moment diriez-vous que vous faites de la prévention ?</p> <p>Quel est, pour vous, votre rôle dans ce champ ? Est-ce que ça fait partie de votre mandat ?</p>	<p>Questions de relance</p>	<p>Indicateurs</p>

Questions complémentaires		
Âge	Questions de relance	Indicateurs
Puis-je vous demander votre âge ?		
Formation de base et autres formations (CAS/DAS/formations internes/ ...)	Questions de relance	Indicateurs
Seriez-vous d'accord de m'en dire un peu plus sur votre parcours professionnel ?	- Quelle votre formation (initiale) avez-vous faite ?	Travail Social Autre ES/HES/...
	- Avez-vous suivi une formation supplémentaire ? - À l'interne ?	En lien avec l'addiction En lien avec la prévention Autres formations
Comment décririez-vous la « ligne institutionnelle » concernant la consommation de cannabis ?		

Fin		Remarques
Parole libre	Aimeriez-vous ajouter quelque chose ?	
Remerciements	Pour avoir accepté de participer et pour le temps accordé	
Suites de l'entretien	Dans le cas où j'aurai besoin de complément d'informations, êtes-vous d'accord que je vous contacte à nouveau ?	
	N'hésitez pas à me contacter par la suite si vous le désirez.	

Annexe 5 - Autres ressources

1. Intervention précoce

Dossier décrivant les principes et applications de l'intervention précoce dans le domaine de la consommation de substances psychotropes.

<https://www.grea.ch/dossiers/intervention-precoce-ip>

2. Concept de consommation non problématique en résidentiel

Article décrivant l'application du concept de consommation non problématique au sein d'une structure résidentielle de Genève.

<https://www.grea.ch/publications/2-la-consommation-non-problematique-un-concept-pour-restaurer-le-pouvoir-dagir-en>

3. Formation des professionnel-le-s

Formations certifiantes :

<https://www.fordd.ch>

Formations continues :

<https://www.grea.ch/formations>

4. Ressources à disposition des professionnel.le.s et des institutions

Programme DEPART (s.d.) du CHUV, spécialisé dans le repérage, l'évaluation et l'accompagnement d'adolescent-e-s consommateurs et consommatrices de substance. Il propose, entre autres, un soutien aux professionnel-le-s qui travaillent avec des adolescent-e-s qui consomment, en les aidant à mettre en place, au sein de l'institution, une approche de repérage et d'intervention précoce.

<https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/programme-depart-reperage-evaluation-et-accompagnement-dadolescents-consommateurs-de-substances/>