

RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
POUR LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

En collaboration
avec L'INSTITUT DE PROMOTION
DE LA PRÉVENTION SECONDAIRE
EN ADDICTOLOGIE
IPPSA

18^{es}
RENCONTRES
PROFESSIONNELLES
DU **RESPADD**

→ JEUDI
20 JUIN 2013

PARIS 13^e

LE MAS

19, rue des Terres au Zuré



Consommations à risques à L'ADOLESCENCE

www.respadd.org



ASSURANCES
PUBLIQUES
HÔPITAUX
DE PARIS

Sommaire

INTRODUCTION	3
CONFÉRENCES PLÉNIÈRES	3
• État des lieux des conduites addictives chez les adolescents : entre expériences, plaisir et prise de risque	3
• Diffusion de la DEP-ADO et interventions brèves motivationnelles en milieu scolaire.....	6
• Conduites addictives et « itinérance » chez les jeunes – Diversité des trajectoires et réflexion sur les enjeux pour l'intervention.....	8
• De quoi l'addiction aux jeux vidéo est-elle le nom ?.....	10
URGENCES ADDICTOLOGIQUES À L'ADOLESCENCE	12
• L'accueil addictologique aux Urgences pédiatriques	12
• Les Consultations Jeunes Consommateurs.....	13
• Les interventions en milieu festif	14
LES GROUPES DE PAROLE ADOLESCENTS ET FAMILLE	16
• L'éducation préventive – la politique d'IPT	16
• L'ancrage des publics – la solution du ZINC	17
• Le Groupe Parents du service ARPEJ, à Lille.....	19
CONCLUSION	20

INTRODUCTION

- Anne Borgne, présidente du RESPADD
- Philippe Michaud, président de l'IPPSA

CONFÉRENCES PLÉNIÈRES

Présidente de séance : Anne Borgne
Présidente du RESPADD

④ État des lieux des conduites addictives chez les adolescents : entre expériences, plaisir et prise de risque

● François Beck

Responsable des enquêtes et analyses statistiques à l'Inpes. Chercheur au Cermes 3

Début de l'enregistrement.

▣ Les consommations chez les jeunes adultes

Chez les jeunes, si le taux de fumeur reste actuellement plus fort parmi les hommes, le taux des femmes a tendance à s'en rapprocher. Le tabagisme chez les deux sexes marque seulement un réel écart dans la tranche d'âge des 25-35 ans, c'est-à-dire la période des grossesses pendant laquelle la prévalence des femmes enceintes fumeuses reste cependant plus élevée en France que dans d'autres pays européens.

Le volume d'alcool consommé en France par les jeunes a été divisé par deux depuis les années 1960, suite à l'abandon progressif du vin. Les efforts de la Santé publique ont effectivement permis de faire évoluer la vision qu'en avaient les consommateurs. Plus vu comme un aliment, le vin est devenu un produit de consommation à part entière, avec ses risques. Ce faisant, entre 2005 et 2010, parallèlement à cette baisse globale de l'usage quotidien d'alcool, a été observée une hausse d'indicateurs symptomatiques telles la fréquence des ivresses ou l'alcoolisation ponctuelle importante, particulièrement chez les jeunes adultes de sexe féminin.

L'expérimentation de cannabis des jeunes adultes a émergé en France dans les années 1990. Son usage courant s'est cependant stabilisé depuis les années 2000. Sur l'ensemble de la population, hormis le cannabis dont l'usage reste bas et sujet à des modes de vie particuliers, la cocaïne et les poppers sont consommés de façon égale dans les différentes classes sociales, mais surtout par les hommes.

▣ Les consommations chez les adolescents

Selon l'enquête *ESCAPAD* de l'OFDT, menée sur des individus de 17 ans et qui inclut des jeunes non scolarisés, le tabagisme a baissé sur la population adolescente au cours des années 2000, pour reprendre entre 2008 et 2011 et atteindre le chiffre de 31,5 % d'adolescents de 17 ans fumeurs quotidiens.

L'évolution de la consommation régulière d'alcool est, quant à elle, plus erratique et relativement stable depuis quelques années, aux alentours de 10 %, tandis que les ivresses régulières ont augmenté, comme chez les jeunes adultes, de 6 % à 10 %.

L'usage régulier de cannabis, au moins 10 fois au cours d'un même mois, a fortement baissé depuis les années 2002 et 2003, de 12 % à 6 %. De même, entre 2000 et 2011, la consommation des principaux produits illicites est restée stable, avec un déclin de l'ecstasy, remplacée par d'autres drogues similaires.

■ Implantation des comportements à risques

Selon l'enquête HBSC menée au collège, l'expérimentation de l'alcool, du tabac et du cannabis s'installe réellement au moment du collège, avec des taux similaires pour les filles et les garçons. Leur usage régulier commence cependant à partir de la classe de 4^e, où tabac et ivresse sont des comportements relativement présents. Les actions de prévention primaire devraient donc être déployées entre les classes de 5^e et de 4^e, sachant qu'il serait également intéressant d'informer les écoliers des dangers des substances psychoactives dès l'école primaire, de façon adaptée à un public moins concerné.

Avant sa remontée récente, la baisse ponctuelle du tabagisme avait été observée suite aux hausses de prix des années 2002-2003, particulièrement chez les jeunes dont le portefeuille est limité. L'industrie du tabac s'adaptant à leurs attentes, des produits sont spécialement dessinés pour cette population.

En matière de boissons alcoolisées, les garçons et les filles de 17 ans consomment surtout bières et alcools forts. Les filles semblent cependant préférer le goût sucré et peu alcoolisé des prémix, dont le titrage est le même que la bière. Les prémix permettent effectivement de faire entrer dans l'alcool ceux qui seraient le moins portés à le faire, ces produits étant conçus pour plaire aux plus jeunes, dont le palais n'apprécie pas l'amertume de l'alcool et ses effets. Les mélanges entre les boissons énergisantes et les alcools forts sont ainsi également en développement. Plusieurs séries de taxes élevées ont permis de limiter l'impact de ces produits sur les jeunes, qui les consomment cependant toujours, en raison d'un coût *in fine* toujours relativement bas au regard des autres boissons alcoolisées.

Si les habitudes de consommation des filles ont tendance à se rapprocher de celles de leurs homologues, les comportements masculins se détachent de ces dernières en matière d'intensité des consommations.

Contre toute attente, les enquêtes font montre d'un âge d'entrée dans les usages en hausse. Ce faisant, comme davantage de jeunes consomment de l'alcool de manière intensive, de très jeunes individus viennent gonfler cette masse, de laquelle ils émergent finalement en raison des situations émotionnellement et cliniquement fortes que peuvent provoquer la prise d'alcool, ou d'autres produits par ce jeune public. Le fait d'entrer tôt dans un usage de produit reste cependant un critère de mauvais pronostic sur la manière dont va se développer l'usage, dont le taux de régularisation augmente avec la précocité.

■ Les usagers réguliers

Le parcours de ces adolescents est émaillé de difficultés sociales diverses, avec des niveaux d'usage élevés pour les jeunes sortis du système scolaire, et également plus importants dans le secteur scolaire privé que public, et moins important en ZEP. Ces données, à l'encontre de la doxa, permettent de repenser le panorama des adolescents touchés. Il apparaît effectivement que les milieux favorisés sont propices à l'entrée dans la consommation à risques, les adolescents y étant dans l'idée qu'il leur serait aisé d'en sortir au moment opportun.

■ La situation de la France en Europe

Malgré la diversité des situations, les jeunes sont toujours plus connectés les uns aux autres. L'enquête *ESPAD*, menée en lycée dans pratiquement toute l'Europe, indique ainsi que la France se situe dans des niveaux assez élevés de consommation.

Entre 2007 et 2011, l'alcoolisation ponctuelle importante a surtout augmenté dans les pays latins, pour baisser dans les pays de l'Est ou Nordiques. Les deux modèles de consommation vont effectivement en se rapprochant, le modèle nordique et anglo-saxon axé sur des consommations ponctuelles fortes, mais peu régulières, et le modèle latin aux consommations plus régulières. Auparavant, entre 2003 et 2007, cette tendance avait déjà été observée, dans une augmentation cependant globale suivant alors une tendance probablement mondiale. Les manières de boire des jeunes s'europanisent, selon le caractère similaire des offres proposées d'un pays à l'autre.

Pour le tabagisme, la tendance à la baisse entre 2003 et 2007 a été suivie par une reprise générale en Europe, au sein de laquelle la France s'inscrit. Elle fait partie des pays où le tabagisme est fort à 16 ans, de façon paradoxale puisque cette habitude est généralement plus développée dans les pays où le tabac est peu cher.

 **Questions de la salle**

Sachant que des paquets génériques seront bientôt obligatoires pour les cigarettes, Mme Anne BORGNE estime qu'il serait intéressant que la même norme soit appliquée aux prémix, dont les bouteilles sont actuellement visuellement attractives. Ainsi, M. François BECK juge-t-il cette idée bonne, rappelant que si les industries du tabac et de l'alcool prétendent régulièrement faire de la prévention, ces produits font montre du marché d'avenir que représentent les jeunes pour ces industriels.

Mme Sophie QUINQUAUD, infirmière en addictologie à l'Établissement de Santé de Ville-Evrard, s'enquiert d'études sur la consommation de chicha par les jeunes. M. BECK indique que l'observation de l'utilisation de ce produit, relativement localisée en France et très inférieure à celle de la cigarette, a démontré qu'il pouvait être à la base d'un usage de tabac chez les jeunes non attirés par la cigarette. De fait, la chicha reste perçue comme moins dangereuse sur le long terme et en matière d'addiction, a contrario de ce qui est médicalement avéré.

M. Claude DREUX, du Cespharm et de l'Académie de Médecine, s'interroge sur les raisons de la baisse de la consommation de tabac entre 2003 et 2007, ainsi que sur sa remontée. M. BECK répond qu'elle a été engendrée par les fortes hausses de prix, brutales et répétées dans un temps réduit. Les hausses qui ne dépassent pas les 8 % ou 10 % n'ont pas d'impact. Récemment, la loi de santé publique a seulement réussi à limiter les endroits où il est possible de fumer, ce qui a d'ailleurs réduit le volume de tabac fumé. M. DREUX abonde en ajoutant que le packaging est important, notamment au regard des bons résultats observés après la mise en place du packaging neutre, en Australie.

Mme Sophie KALAMARIDES, médecin addictologue à l'Hôpital Beaujon, demande si les futures enquêtes se pencheront sur la cigarette électronique. M. BECK répond qu'une enquête est prévue sur ce sujet, dès cette année sur les 15-75 ans, afin notamment d'être au fait de la proportion de jeunes débutants par la cigarette électronique, dont les effets néfastes sont encore mal connus, mais certainement inférieurs à ceux du tabac.

© Diffusion de la DEP-ADO et interventions brèves motivationnelles en milieu scolaire

● Dorothée Lécallier,
IPPSA

Le questionnaire DEP-ADO est diffusé en milieu scolaire par l'IPPSA depuis huit ans, en marge des interventions brèves motivationnelles. L'IPPSA travaille effectivement depuis 15 ans sur la diffusion et l'évaluation des pratiques de repérage précoce, ainsi que sur les interventions qui en découlent, dans des milieux divers, mais souvent de soins primaires.

Les structures de soins accueillent les jeunes en plus grande difficulté, voire déjà en situation de dépendance. Pour travailler en amont à la détection de ces situations, les intervenants de la santé scolaire ont ainsi été identifiés comme les intervenants de premier recours naturels. Pour le public ciblé, à savoir les adolescents scolarisés consommateurs de substances psychoactives, une recherche-action a permis de procéder par étape, en évaluant les situations sur le terrain avec, comme outil, le questionnaire DEP-ADO, validé et en langue française dès sa première utilisation en France, car rédigé au Québec. Pour chaque dommage ou risque repéré, l'intervention brève motivationnelle a été choisie, étant reconnue comme efficace.

S'agissant de DEP-ADO et d'interventions brèves motivationnelles, il est finalement question du RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève), à savoir une stratégie visant à repérer, avant apparition de la dépendance et des dommages sévères entraînant les soins, certaines problématiques, afin de faire bénéficier, au consommateur dit à risque ou à dommage, d'une intervention brève, centrée sur le consommateur et non sur le produit.

La DEP-ADO avait cet avantage, par rapport à d'autres questionnaires, de balayer un spectre large de produits et de se remplir seul ou en face à face, afin d'identifier trois niveaux de risque : faible, élevé ou de dommages débutants ou suffisamment importants pour nécessiter une consultation spécialisée. Avec des appréciatifs métaphoriques de couleur verte, jaune et rouge, la DEP-ADO évite toute notion de score qui pourrait être reprise par les adolescents comme étant à dépasser. Validée pour les 13-18 ans, elle est actuellement en test sur les 18-25 ans par les Québécois.

Phase 1 de l'étude

En 2005, l'étude *ROC-ADO*, menée sur 2 000 jeunes, visait à démontrer que le repérage et l'intervention menés en milieu scolaire pouvaient augmenter l'arrivée des adolescents en difficulté dans les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). Or, l'étude a démontré que le repérage systématique par les infirmières scolaires ne favorisait pas la consultation des jeunes, vraisemblablement à cause d'un chaînon manquant entre le système de santé scolaire et la CJC. La proposition systématique du questionnaire DEP-ADO a cependant augmenté la fréquentation spontanée des Consultations, rendant légitime le personnel de santé scolaire dans un rôle d'ouverture de dialogue sur les consommations à risques, par l'intermédiaire du questionnaire. De fait, les infirmières se sentaient auparavant peu formées aux entretiens sur ces sujets.

Phase 2

Plus récente, la deuxième phase portait sur deux axes principaux. Un premier axe, l'étude *PAPRICA*, a travaillé à l'amélioration des compétences en entretien motivationnel des personnels en santé scolaire, notamment en faisant la preuve de l'intérêt d'une supervision de leurs compétences en petits groupes, dans l'infirmerie scolaire et par un formateur. Cette phase avait aussi dans l'objectif de préparer l'avenir, et de voir comment des formateurs pouvaient être recrutés en interne, au sein de l'Éducation nationale.

Phase 3

Cette phase, qui vient de s'achever, cherchait à trouver une solution à l'endroit du chaînon manquant préalablement identifié, en renforçant les échanges entre le milieu scolaire et la consultation, qui ne se connaissaient finalement pas. Une formation commune de trois jours a ainsi été proposée, tant pour la DEP-ADO que pour l'approche motivationnelle. Une communauté de pratiques était alors proposée, afin de prolonger les échanges mis en place lors des formations.

Dernière expérience en date

Afin de réfléchir sur les problèmes d'emploi du temps ou de pression des personnels, un autoquestionnaire DEP-ADO, sans accompagnement, avait été mis à disposition sur une borne interactive, dans le couloir de l'infirmerie. Anonyme, ce procédé permet la délivrance automatique de conseils sur un mode motivationnel, à partir de réponses données. Cette expérience a fait montre d'une appétence des jeunes pour l'outil utilisé. La prochaine étape de l'étude pourrait ainsi être l'évaluation de cette pratique sur la modification des comportements.

Perspectives

Après plusieurs années de formation, d'intervention, de développement ainsi que de validation de la pratique d'outils, il s'agirait maintenant :

- D'animer et de renforcer la communauté de pratiques ;
- De sortir de la recherche-action, en passant le relais à des formateurs issus des CJC ainsi que de l'Éducation nationale ;
- De renforcer les moyens d'un *feed-back* normatif.

Force est de constater que le repérage précoce par la DEP-ADO et l'intervention brève motivationnelle sont légitimes en milieu scolaire, au regard de l'appropriation qui en a été faite par les jeunes et les personnels. Ce faisant, les freins sont multiples, notamment à l'endroit de l'augmentation majeure des missions des intervenants, du manque de suivi et de diffusion, et du manque de valorisation de ce qui est prouvé comme étant efficace. La communauté de pratique, existant encore par la présence de ses inscrits, ne dispose également plus d'argent, nécessaire à son animation.

● Questions de la salle

Mme BORGNE demande des précisions sur la communauté de pratiques. Mme Dorothee LECALLIER explique qu'il s'agit de personnes dont l'objectif commun est de renforcer les compétences et les pratiques auxquelles ils sont formés ensemble, afin d'échanger dans des rencontres physiques ou virtuelles.

M. Georges PICHEROT, pédiatre responsable de l'Unité de médecine de l'adolescent au CHU de Nantes, approuve l'idée du chaînon manquant, mais s'interroge sur la possibilité du *feed-back* normatif, dont il craint le terme « normatif » pour les adolescents, proposant ainsi de le remplacer par le mot « actif ». Mme LECALLIER abonde en expliquant utiliser ce mot dans la mesure où il l'est habituellement pour tous les âges. Pour les adolescents, un autre terme serait effectivement préférable. Concernant le chaînon manquant, elle indique que d'autres existent, notamment au niveau du rôle des parents et de la place des pairs.

Mme Aude STEHELIN, psychologue en Point Écoute Jeunes, pense que les Points Écoute Jeunes peuvent répondre à la problématique du chaînon manquant, propice à créer le lien

entre professionnels et parents. Mme LECALLIER approuve en expliquant que ce type de structure est capital, dont la communauté de pratique a permis le repérage.

Les praticiens étant souvent sollicités pour intervenir en milieu scolaire, Mme BORGNE voudrait savoir comment répondre à ces demandes, sachant que les actions ponctuelles n'ont finalement que peu d'impact. Mme LECALLIER indique qu'une méta-analyse, présentée au congrès de l'IPPSA il y a de cela quelques années, interroge l'efficacité des différents modes de prévention primaire en milieu scolaire. A ce titre, l'intervention en classe ne fonctionne pas.

📍 Conduites addictives et « itinérance » chez les jeunes – Diversité des trajectoires et réflexion sur les enjeux pour l'intervention

● Élise Roy

Médecin de santé publique, Québec

La notion d'« itinérance » chez les jeunes, par rapport à d'autres terminologies comme celle de « SDF », met l'accent sur un style de vie. Diversifiées, lesdites terminologies, notamment anglo-saxonnes, témoignent de la difficulté d'identifier la population qu'elles cherchent à cadrer, faisant cependant consensus sur l'idée de dynamisme et la notion de cycle.

Beaucoup de jeunes itinérants finissent effectivement par retourner à la société traditionnelle de façon relativement rapide, à cause du stress généré par leur situation. Une proportion significative persiste cependant plus ou moins longtemps dans la rue, et entame une phase d'initiation, généralement accompagnée par des mentors qui introduisent les jeunes à toutes les stratégies nécessaires à la survie dans la rue et au passage à une phase de stase. Cette phase, faite d'une vie en équilibre avec le monde de la rue, est seulement ponctuée par des épisodes de crises qui peuvent mener les jeunes à revenir à la société, dans un mouvement de va-et-vient.

La consommation de substances est souvent imbriquée dans ce mode de vie, et peut jouer différents rôles selon la phase du cycle engagé, sans en être nécessairement le déclencheur. À l'âge moyen du premier épisode dans la rue, de 15 ans et demi, la consommation d'alcool et de drogue est effectivement souvent déjà avérée pour beaucoup de jeunes. La consommation à risques serait cependant différente selon la phase dans laquelle se trouve le jeune, la gravité du trouble lié à cette dernière allant en s'aggravant au fil du temps.

Selon une méthode qualitative, une récente étude s'est efforcée à approfondir l'impact de la rue sur la prise de substances, en mettant l'accent sur l'initiation à l'injection de drogues. Cinq trajectoires, ou profils ont ainsi été identifiés, selon une terminologie utilisée par les jeunes eux-mêmes :

- Les « centraux » font état d'un parcours précoce et accéléré ;
- Les « tripeux » sont des jeunes qui, par rapport à la première trajectoire, disposent d'un bagage personnel et familial plus solide. Ils arrivent souvent dans la rue au sein d'un village ou d'une petite ville, et sont davantage usagers d'hallucinogènes que de substances injectables ;
- Les « sur la go » ont un profil davantage de délinquant que de consommateur, à maintes reprises placés dans des centres pour jeunes en difficulté avant d'arriver dans la rue. Souvent vendeurs de drogues, ils consomment plutôt de façon récréationnelle. Une consommation chronique peut les porter sur les stimulants, s'initiant à l'injection de drogue en fonction des accointances et du marché ;
- Les « mal pris » se retrouvent à la rue pour des raisons totalement accidentelles, et ont alors des consommations récréatives, sans volonté d'installation dans la rue et de vivre une consommation problématique ;

- Les « alcoolos » expérimentent toutes les substances tout en revenant toujours à l'alcool, à cause de laquelle ils tombent dans la rue. Leur parcours chronique particulier les isole des autres jeunes.

La population hétérogène des jeunes de la rue, majoritairement composée de garçons d'un âge moyen de 20 ans, fait communauté dans un mode de vie qui facilite l'intensification de la consommation, notamment en raison de la grande diversité des substances accessibles qui permettent de lutter contre la dépression, dans un environnement les normalisant.

Une étude sur la mortalité de cette population a constaté un taux 11 fois supérieur au taux de mortalité des jeunes Québécois dans leur ensemble, les causes principales étant le suicide et la surdose. Fort de ce constat, et sous l'impulsion du Dr Denis ROY, la Santé publique québécoise a mis en place *Le défi de l'accès*, plan d'actions programmant des interventions en amont, durant et en aval du cycle de la rue, avec des stratégies consistant à consolider le travail des organismes qui rejoignent les jeunes pour leur offrir des services sociaux, mais aussi à développer des services de santé adaptés. Même si les preuves manquent, ces mesures ont vraisemblablement permis, au terme de cinq années, de faire baisser le taux de mortalité de plus de 1 %, en diminuant notamment la consommation d'héroïne.

Le marché de la drogue changeant, des médicaments sont maintenant massivement ingérés. Des efforts sont donc encore à fournir là où 72 % des jeunes souffrent de troubles liés à la dépendance aux drogues ou à l'alcool, ainsi que de nombreux autres troubles mentaux, affectifs ou anxieux. Or, les analyses actuelles montrent que les troubles de la consommation de substances constituent le facteur principal nuisant au retour à la société, sur lequel il s'agit donc de travailler.

Une campagne de prévention sur l'initiation à l'injection de drogues a donc été menée, par la diffusion d'affiches et l'action d'intervenants communautaires, dans des groupes ou de façon individualisée. Cette campagne travaillait, entre autres, sur la peur de l'addiction. Des approches motivationnelles ont également été testées, dont les résultats sont comparables aux approches éducatives classiques, faisant diminuer significativement les pratiques d'injection à risques dans les deux mois. Ces approches pourraient ainsi avoir leur place à des moments différents, la seconde permettant de renseigner et de faire l'objet d'un rappel lorsque le jeune se laisse aller à ses mauvaises habitudes, tandis que l'entretien motivationnel serait plus efficace sur les pratiques de partage de petits matériels nécessaires à l'injection, dont les risques sont trop souvent minimisés. Pour ce faire, un projet en cours s'attache à former les organismes en lien avec les jeunes, pour qu'ils puissent directement dispenser l'entretien motivationnel bref.

● Questions de la salle

M. PICHEROT demande si un travail a été effectué sur le problème du passé des jeunes impliqués, particulièrement sur le rapport avec les familles et sur les abus sexuels intrafamiliaux. Mme Élise ROY indique que plusieurs études comportent des questions sur les abus sexuels, de l'ordre de 35 % pour les filles et 15 % pour les garçons. Ce faisant, beaucoup de jeunes ont des problèmes familiaux, 75 % ayant été pris en charge par les services sociaux avant leur arrivée dans la rue. Une forte proportion de jeunes maintient cependant le contact avec les familles. Ces jeunes ont d'ailleurs un pronostic meilleur quant à leur sortie de la rue.

Mme BORGNE demande des précisions sur les services médicaux spécifiques proposés aux jeunes dans la rue. Mme ROY explique qu'une clinique spécialisée a été ouverte en 2000, avec un fonctionnement adapté.

Mme BORGNE s'interroge sur le fonctionnement des organismes travaillant dans la rue avec les jeunes. Mme ROY répond que ces organismes travaillent de façon précaire, à cause d'un manque de financement. Certains travaillent sur des missions sanitaires spécifiques et d'autres davantage sur le mode de l'itinérance, dans une optique caritative.

📍 De quoi l'addiction aux jeux vidéo est-elle le nom ?

📍 **Thomas Gaon**

Psychologue clinicien, CSAPA Le Littoral, Villeneuve-Saint-Georges,
Observatoire des Mondes Numériques en Sciences Humaines

Le terme d'« addiction » aux jeux vidéo existe depuis 1981, moment où un député anglais a demandé la régulation des bornes de jeux vidéo. L'addiction était alors perçue comme suspendant les activités normales et entraînant des comportements apathiques chez des jeunes qui s'absentaient de l'école et volaient, voire rackettaient pour payer les parties de jeux vidéo. La loi n'a cependant pas été votée, arguant des problématiques jugées triviales et finalement préférables à d'autres. 30 ans plus tard, le constat n'a pas changé, notamment à l'endroit du fait que l'addiction aux jeux vidéo touche également les enfants brillants, n'ayant jamais fait montre de troubles préalables.

En mai 2013, le DSM s'est ainsi posé la question de la prise en compte du *pathological gambling*, qui serait à classer parmi les troubles compulsifs ou du contrôle des impulsions. Ce faisant, l'Académie de Médecine ne reconnaît pas le terme d'« addiction » aux jeux vidéo et enjoint les professionnels à ne pas l'utiliser.

Lors de ces 10 dernières années, les recherches sur l'addiction aux jeux vidéo ont été nombreuses, planifiant des modèles caractérisant cette addiction, notamment calqués sur le *gambling* ou l'usage de drogues, sans prendre en compte les spécificités du jeu vidéo. Toutefois, si une maladie a bien été détectée, peu de cas cliniques se sont présentés, le problème étant celui du concept d'addiction, que des critères trop peu sévères risqueraient de rendre non pertinent. Pour se déclarer en tant que maladie, l'addiction doit effectivement s'afficher dans une détérioration et une détresse cliniquement significative, attribuable uniquement à la conduite observée. L'attachement aux critères d'un modèle ne suffit pas.

L'Observatoire des Mondes Numériques a mené une étude sur les pratiques des 14-16 ans scolarisés, dans laquelle il apparaît que la pratique du jeu vidéo est très majoritaire. Les filles jouent occasionnellement et pendant peu de temps, tandis que les garçons jouent, quelle que soit la classe sociale, de une à deux heures par jour, et plus de 24 heures par semaine pour 12 %. Ce faisant, moins le contrôle parental est présent et plus les excès sont prégnants, surtout dans les familles monoparentales et recomposées, sur des jeux principalement en ligne qu'il sera donc nécessaire d'analyser pour capter les particularités de l'addiction. 99,5 % des cas cliniques sont des garçons, quasiment toujours amenés par leurs parents. Sans dimensions illégale et judiciaire, la question est celle du développement de la pratique au sein même du foyer familial, et donc des problématiques liées à l'adolescence et au rapport à la famille, sur lesquelles des compétences manquent encore dans la prise en charge de la pathologie.

Si la pratique du jeu vidéo peut être comparée à celle des jeux d'argent et à l'usage de drogues, il est également nécessaire d'en tirer quelques spécificités. De fait, jouer aux jeux vidéo provoque :

- 📍 Une modification temporaire et non pathologique de l'état psychique, caractérisée par l'immersion et la maîtrise interactive. Les jeux vidéo apportent un sentiment d'évasion et permettent la focalisation de l'attention apte à bloquer les émergences anxieuses et dépressives ;

- De l'excitation, liée à la tension et à la compétition ;
- Un rapport bénéfice/risque largement favorable à la prolongation du jeu, aussi disponible qu'accessible, inoffensif et légal ;
- Un investissement progressif et communautaire lorsque le jeu est en ligne. Arrêter ou réduire cet investissement de soi dans l'espace public a donc des conséquences. De fait, les jeunes trouvent dans le jeu vidéo ce qui leur manque par ailleurs, à l'endroit de la relation en ligne et à la forme idéalisée d'eux même installée dans l'espace de jeu. Les joueurs préfèrent la vie imaginaire à la réalité.

Les spécificités du jeu, auquel un jeune est dépendant, sont révélatrices des problématiques rencontrées par ce dernier, et peuvent également indiquer ce qui ne ressort finalement pas de l'addiction, mais de problématiques névrotiques ou obsessionnelles. Rares sont les jeunes qui jouent de façon indistincte ou non réflexive, sans capacités de rêverie et de projection, dont la perte seule permet d'utiliser le jeu vidéo comme un narcotique. Il est donc important de s'attarder sur la valeur adaptative et défensive du jeu vidéo, ainsi que sur ses valeurs identitaire, subjective et imaginaire.

Les effets délétères de ce problème sont davantage la conséquence de l'inactivité, avec l'isolement, l'appauvrissement relationnel et intellectuel, la perte de compétences sociales, de l'estime et de l'affirmation de soi, de la motivation, ainsi que de l'endurance à la douleur et à l'effort – tant physique que psychique –, avec des problèmes de procrastination et d'intolérance au vide. Néanmoins, la personnalité et l'organisation psychique préalable du jeune restent prédominantes malgré l'utilisation du jeu vidéo, qui sert finalement à la diminution des dépressions et des angoisses de faibles intensités. De fait, à partir de 16 ou 17 ans, ou lorsque les symptômes augmentent, d'autres substances sont également consommées, là où l'intensification ne peut être qu'avec un soutien familial ambivalent

La prise en charge dans les centres d'addictologie de la question de l'addiction aux jeux vidéo apparaît donc prématurée et problématique dans la mesure où d'autres espaces de soins semblent mieux adaptés, tels ceux dédiés à l'adolescence et à la famille ou à la comorbidité. Les centres d'addictologies pourraient ainsi se rapprocher de la psychiatrie et de la prise en charge familiale et adolescente, ou déléguer à ces deux secteurs déjà surchargés. Ce faisant, la prise en charge du jeu vidéo étant encore ni pertinente ni validée scientifiquement, il faudrait donc se demander s'il serait préférable de considérer l'adolescent dans sa globalité, plutôt que de pointer ce qui reste souvent sa meilleure défense et son soutien. Le jeu vidéo ne doit pas être considéré comme une drogue alors qu'il s'agit d'une pratique sociale plus large.

● Questions de la salle

M. Abdou BELKACEM, membre de la Guilde de Marmottan, s'interroge sur les avantages et les limites des Consultations Jeunes Consommateurs. M. Thomas GAON, qui estime qu'elles ne sont pas égales, indique qu'elles sont cependant accessibles et ouvertes. Elles ne sont pas stigmatisées par l'univers de la psychiatrie et sont marquées par des compétences en matière de relation au jeune, où la famille est acceptée. Il est cependant dangereux de stigmatiser la problématique du jeu vidéo, avec laquelle viennent les parents, en l'assimilant à une drogue avec la terminologie du lieu fréquenté. Les Maisons des ados semblent préférables pour la gestion de ce type de problème, ainsi que les PAEJ. Reste que ces entités ne disposent pas toujours de processus de soins.

Mme LECALLIER souhaite attirer l'attention sur le fait que la stigmatisation des consommations des jeunes permet parfois d'oublier que les plus gros consommateurs d'alcool ou de télévision restent les adultes.

Mme Emmanuelle PEYRET, addictologue à l'Hôpital Robert DEBRÉ, indique avoir observé, en 2009, une grande augmentation des demandes pour des pratiques de jeu au sein de sa CJC, notamment pour des troubles de déficit de l'attention, où les jeux vidéo servent de calmant avant le cannabis.

M. GAON rappelle que 15 à 20 % des adolescents ont besoin d'un accompagnement psychique.

URGENCES ADDICTOLOGIQUES À L'ADOLESCENCE TABLE RONDE

Modératrice : **Muriel Grégoire**
Hôpital Marmottan, Paris

L'accueil addictologique aux urgences pédiatriques

 **Georges Picherot**

Pédiatre responsable de l'unité de médecine de l'adolescent, CHU de Nantes,
Coordonnateur médical, MDA 44

En matière d'addictologie, force est de constater que les adolescents se rendent aux urgences pour des raisons différentes que celles des adultes. Beaucoup d'adolescents viennent dans des situations facilement identifiables, comme l'intoxication aiguë. Cependant, les manifestations inhabituelles exprimant l'entrée dans des consommations restent encore d'un repérage insuffisant. De fait, les urgences sont en grande partie traumatologiques. Les manifestations psychosociales de certains adolescents ne sont également pas relevées, telles des situations de violence et de maltraitance.

Les adolescents se rendent également aux urgences dans des situations d'angoisse, sous le joug de menaces proférées par des réseaux de dealers, tandis que beaucoup de parents emmènent leurs enfants suite à la découverte de leur consommation à risques, plus ou moins aiguë. En effet, les moins de 16 ans composent un public particulier, d'ores et déjà caractérisé par son caractère hétérogène tant sur un plan physique, qu'au niveau de prises de risques ou de modes de consommation différents.

Aborder l'adolescent reste problématique pour les urgentistes, qui doivent encore les orienter. L'accompagnement préconisé n'est que peu suivi, là où un chaînon manque vraisemblablement. Avant 16 ans, si les dépendances lourdes sont rares, la dépendance sociétale est très forte. L'entrée dans une consommation anormale reste un enjeu considérable, que les Urgences ne sont pas les plus à même de traiter, mais sur laquelle ils alertent, notamment en matière d'alcoolisation. Entre 2000 et 2010, la fréquentation des Urgences par des adolescents pour des ivresses aiguës a été multipliée par trois, même si son taux reste toutefois modeste par rapport à celui des ivresses des jeunes adultes. Les alcools forts sont alors plus en cause que les prémix, les moins de 16 ans consommant sur le mode du *binge drinking*, qui induit souvent des comas, des complications métaboliques, voire traumatiques secondaires. Les agressions sexuelles subies sous l'influence de l'alcool sont alors importantes.

Plus l'usage de l'alcool est précoce et plus la dépendance à dix ans est importante. Il est donc important pour les urgentistes de savoir quel est le niveau d'occurrence de l'ivresse sur laquelle ils doivent intervenir. Les autres consommations sont d'ailleurs difficilement repérables avant 16 ans, raison pour laquelle les Canadiens ont publié une liste de signes

qui doit alerter à l'urgence. Oser faire des protocoles aux urgences sur ces sujets serait effectivement peut-être indiqué.

Les urgentistes s'inquiètent du repérage insuffisant à l'endroit de la traumatologie, derrière laquelle se cachent souvent des conduites à risques. La règle des quatre permet cependant de pallier cette inquiétude, là où l'inadéquation de la protection, la répétition et la sévérité d'un incident doivent obligatoirement faire l'objet d'une alerte chez l'adolescent, ainsi que d'une recherche d'association à une consommation de toxique.

Une aide simple à apporter aux adolescents peut consister :

- À faciliter leur prise de parole sur le sujet, aidée par le questionnaire psychosocial HEADS, simple à appliquer à toutes les entrées d'urgences adolescentes. La confidentialité est alors très importante, mais l'isolement avec l'adolescent, qui donne des résultats positifs, n'est pas des plus simples aux Urgences ;
- À repérer les facteurs de risque et de vulnérabilité, sachant que, en soi, l'adolescence est facteur de risque ;
- À repérer les consommations problématiques, sachant que toutes celles qui aboutissent à l'urgence doivent poser problème.

En situation d'urgence, l'orientation est difficile, rarement suivie d'effets dans un temps, celui de l'adolescence, plutôt réfractaire à cela. Si l'hospitalisation reste donc toujours possible, au moins pour une évaluation médico-psychosociale, Nantes travaille beaucoup sur l'orientation vers une consultation conjointe, avec une personne visitant l'adolescent le jour même de son passage aux Urgences et un tiers plus tard, provenant notamment des Services d'addictologie ou de pédopsychiatrie. Les Maisons des adolescents, encore en développement, permettent éventuellement de mettre en place une interface plus globale pour prendre en charge les adolescents.

Orienter peut permettre de prévenir les récurrences ainsi que les dégradations familiales et sociales. La prévention globale à cet âge manque alors peut-être, ainsi qu'une prise en compte de ses spécificités.

© Les Consultations Jeunes Consommateurs

● Raphael Jeannin,

Consultation Jeunes Consommateurs, Hôpital Avicenne, AP-HP, Bobigny

Les Consultations Jeunes Consommateurs ont été créées en 2004 avant d'être rattachées à des structures de soins, en 2008, dans l'objectif de répondre aux préoccupations liées aux évolutions épidémiologiques des consommations et des comportements chez les adolescents et les jeunes adultes. Il était ainsi question qu'elles deviennent des centres ressources sur les addictions pour leurs publics cibles, en support de différentes structures préexistantes.

En cas de comorbidité somatique ou psychiatrique, les Consultations ont pour mission d'accompagner ou d'orienter les jeunes en difficulté, sans vocation à traiter le moment de l'urgence. Cependant, en temps de telles urgences, priorité est portée sur la préservation de l'intégrité physique et psychique de l'adolescent. Dans le cadre d'un travail, mené en lien avec le Service d'accueil d'urgence, la prise en charge par la Consultation intervient essentiellement dans un deuxième temps.

Différée dans les CJC, la question de l'urgence consiste à repérer les adolescents qui présentent des conduites à risques, afin d'anticiper la répétition de situations d'urgence, sachant qu'il est nécessaire d'intervenir avant la survenue de dommages importants.

Cette problématique est particulièrement vive à l'adolescence dans la mesure où elle induit :

- La question de la prise de risque à cet âge, en lien avec le processus d'autonomisation ou d'individuation. Cette prise de risque, dont la notion de transgressivité est rarement étrangère, mais qui peut être une réponse à d'autres signes de souffrance, peut provoquer des dégâts immédiats ou plus différés, dans le maintien de la consommation voire de la dépendance. Si l'empêcher est impossible, de par son caractère inhérent à l'adolescence, il s'agit d'intervenir rapidement lorsqu'elle est signe de souffrance, et de rétablir un cadre sécurisant, lorsqu'il fait défaut ;
- La notion de conduite ordalique, développée par l'équipe de l'Hôpital de Marmottan, se définit par un engagement plus ou moins répétitif dans une épreuve à l'issue non prévisible et qui comporte un risque mortel. Elle consiste en une recherche de sens, de légitimité et de reprise de contrôle ;
- L'approche familiale des conduites à risque, là où « l'agir à risque » appelle la différenciation des places et des générations au sein de la cellule familiale, permet de renvoyer les parents à leurs rôles de protecteurs et de preneurs de décision.

Dans le cadre d'urgences somatiques et psychiatriques, l'accompagnement est important. Accompagner revient à apporter une réponse adaptée à une demande formulée, et ainsi de permettre une rencontre pendant laquelle pourront être enclenchées les interrogations relationnelles, notamment autour de la protection.

 **Les interventions en milieu festif**
Yann Granger et Nicolas Matenot,
Plus belle la nuit, Marseille

L'association Bus 31/32, à Marseille, a été créée suite au développement des programmes d'échange de seringues par Médecins du Monde. Depuis fin 2010, le projet *Plus belle la nuit* a dans l'objectif de réduire les risques en milieu festif urbain, dans une démarche de promotion de la santé très généraliste, tant à destination des individus dénués de pratiques à risques qu'à ceux qui y sont habitués, notamment dans l'usage de produits psychoactifs. Un pôle de recherche a également été créé dans l'idée qu'intervenir sur le terrain nécessite d'en avoir la connaissance.

Se plaçant en marge et en complément des actions déjà proposée sur le terrain par d'autres acteurs, *Plus belle la nuit* cherche à renforcer les compétences des acteurs locaux, augmenter le nombre d'interventions réalisées et couvrir l'hétérogénéité des espaces festifs, en proposant à chacun des modalités d'intervention adaptées. Des stands sont installés, sur lesquels de la documentation est proposée avec du matériel en libre-service, de façon à pouvoir engager le dialogue avec le public. Des actions mobiles sont aussi organisées, qui permettent d'aller à la rencontre des partenaires locaux, aptes à relayer des informations, et le public avec lequel les bénévoles, formés, peuvent engager la discussion et répondre aux interrogations. S'il est alors question des pratiques festives, au sens général du terme, sous le jour de ses risques, de ses produits et des modes de consommation liés, il est également question de la notion de plaisir dans la mesure où les gens consomment majoritairement en milieu festif de façon récréative. Pour ceux dont la consommation reste toutefois problématique, les bénévoles travaillent sur la question de l'urgence addictologique. Le but reste toujours celui d'informer et de faire réfléchir sur les pratiques individuelles et collectives, dans le temps même de ces pratiques généralement associées au temps festif. L'association prend notamment en charge de nombreuses demandes dues à des dépendances comportementales ou des états anxieux liés à des surdoses.

Plus belle la nuit est ouverte à tous, sachant cependant que les événements ciblés sont à destination de la tranche des 16-25 ans, et surtout dans les scènes de musique électronique, là où le besoin est relativement important et où les consommations sont déjà établies.

Dans le cadre de *Plus belle la nuit*, différents partenariats ont été mis en place, institutionnels ou pas, dans lesquels les partenaires ne sont pas seulement financeurs, et peuvent prononcer des avis sur l'orientation du projet. Outre les interventions, *Plus belle la nuit* a effectivement pour objectif de faire évoluer les mentalités dans les lieux festifs, tant auprès des publics concernés que des professionnels de la nuit. Certains organisateurs de soirée font systématiquement appel à l'association, de façon à dédouaner la situation, d'un point de vue institutionnel, à l'endroit des pratiques à risques des publics.

Plus belle la nuit travaille actuellement à la création d'un label pour des fêtes de qualité, afin de retrouver des services optionnels et obligatoires dans des lieux similaires, comme de l'eau gratuite au bar.

L'usage de drogues est une norme en milieu festif, mais selon les contextes, les consommations ne sont pas les mêmes. Il est donc nécessaire de s'adapter, en informant et aidant à la réduction des risques, voire en orientant – démarche qui n'est que peu suivie. L'association a ainsi dans l'objectif de développer ses actions via les nouveaux médias, et d'étendre ses dispositifs à d'autres villes que Marseille.

 Questions de la salle

Mme Muriel GRÉGOIRE s'interroge sur l'articulation possible entre les services de MCO et les services de psychiatrie. M. PICHEROT fait ainsi part d'expériences d'intégration avec une pédopsychiatrie de liaison, qui nécessite qu'un relais soit présenté dès l'urgence comme quelque chose de naturel, tant pour les patients que pour les soignants, pour évoluer vers une médecine totalement adaptée à l'adolescent. Mais même si le lien est construit, il reste très fragile, car interpersonnel.

Mme GRÉGOIRE demande si les jeunes arrivés aux Urgences peuvent rapidement obtenir un rendez-vous dans une Consultation Jeunes Consommateurs, et voudrait savoir comment les personnes sous obligation de soins sont abordées, sachant le problème de confiance potentiel induit par leur situation. M. Raphael JEANNIN explique que la question de la rapidité de l'intervention auprès des adolescents a été priorisée dans sa structure, sachant cependant qu'il est nécessaire de distinguer des degrés d'importance. Un contact téléphonique ou une rencontre brève peuvent ainsi également être envisagés dans les jours suivant l'incident. Sur la question des relations entre la Santé et la Justice, M. JEANNIN estime que s'il est indispensable de travailler l'indépendance vis-à-vis du système judiciaire, cette dernière est d'autant plus préservée que les Services de santé acceptent de travailler avec ceux de la Justice, qui leur envoie les jeunes avec qui la rencontre doit être transformée en opportunité.

M. Yann GRANGER fait part de son sentiment qu'un dispositif manque pour permettre l'orientation hors des milieux festifs. Une boutique aux horaires d'ouverture adaptés pourrait se spécialiser sur l'accueil de ces publics spécifiques. Mme GRÉGOIRE indique qu'un CAARUD a récemment été ouvert dans le quartier du Marais, à Paris, avec des horaires adaptés, qui a permis de rendre accessibles des structures spécialisées à une population homosexuelle auparavant en fort déni.

Une intervenante demande si des messages antitabac sont communiqués en même temps que d'autres. M. Nicolas MATENOT répond que cette question est effectivement intégrée à

d'autres, notamment grâce à la diffusion de documentations, sachant le caractère accessible des bénévoles sollicités sur des questions vraiment diverses.

Mme Sophie BIROLLEAU, médecin somaticien en Centre hospitalier, demande si les urgences addictologiques prennent en charge les jeunes victimes d'un tiers sous addiction. M. PICHEROT juge qu'il s'agit alors d'une maltraitance à adolescent, dont le cadre est peu connu et que les Urgences essaient de promouvoir, en lien avec une unité d'accueil d'enfants en danger.

LES GROUPES DE PAROLE ADOLESCENTS ET FAMILLE TABLE RONDE

Modérateur : **Michel Boulanger**

Directeur de l'association Le Pélican, Chambéry, et administrateur de la Fédération addiction, référent « prévention »

Parrainée par la Fédération addiction, cette table ronde a dans l'objectif d'aborder le cadre de la prévention. De fait, constatant le peu d'appétence des politiques publiques à son égard, la Fédération addiction a pris le parti d'en faire une de ses priorités, notamment à travers une Commission prévention et de nombreux travaux grâce auxquels différentes pratiques préventives ont été repérées. La prévention a ainsi tendance à se développer comme interface du soin, des interventions précoces et des CJC.

Dans les pratiques de prévention, la famille n'apparaît pas comme une priorité, tout en étant très souvent présente. Souvent présentée comme pathogène dans divers travaux, la famille est rendue coupable par la société qui stigmatise les mauvais parents en voulant leur supprimer des aides précieuses et en faire des citoyens dans des stages. La Fédération s'ingénie ainsi à lutter contre la doxa à travers un guide, constatant que les parents reçus dans les Consultations et autres activités préventives sont davantage désarmés que démissionnaires. La place de l'éducation et de l'autorité est en pleine évolution, sous l'impulsion de celle des médias, là où les figures parentales revêtent des fonctions d'accompagnement. Dans ce contexte de transformation de la façon d'éduquer et d'être parent, qui n'a toutefois rien de négatif, les parents ont toujours des ressources qu'il est possible d'accompagner, en fonction de la diversité des territoires.

© L'éducation préventive – la politique d'IPT

● **Aude Stéhelin**

Psychologue, Point Écoute Jeunes, Oppelia, Mantes-la-Jolie

Depuis 2008, l'association Oppelia a pour objet d'accompagner les jeunes, les adultes et l'entourage en souffrance, et plus particulièrement liés à des consommations. Fondée en 1988, IPT a rejoint Oppelia en 2012 pour travailler spécifiquement sur le champ de la prévention.

IPT développe une politique de prévention qui, dans une démarche éducative, s'attache à promouvoir la Santé, considérée comme une ressource et non comme un objet en soi, en favorisant le développement de l'esprit critique, la possibilité de confronter ses expériences et de valoriser la puissance d'action de chacun sur soi-même. Cette éducation prévention est associée à l'intervention précoce, dont l'objet est de favoriser l'accès aux soins des jeunes aux consommations problématiques, en se focalisant sur la personne plutôt que sur ses usages.

Ce faisant, IPT est amené à travailler auprès d'enfants et d'adolescents inscrits ou pas dans des consommations plus ou moins récurrentes, en s'adaptant au parcours de chacun. De fait, dans le cadre de la promotion de la Santé et du développement des compétences psychosociales, IPT agit sur l'estime de soi, qui peut être travaillée dès le plus jeune âge et qui ne nécessite pas d'aborder le sujet des consommations.

L'action départementale d'IPT est rendue possible par son triptyque de travaux de base en direction des parents, des professionnels et des jeunes, pour lesquels les différentes interventions sont proposées de façon concomitante. De fait, les professionnels encadrant les jeunes étant les plus à même d'alerter et d'inscrire les actions de prévention dans la durée, une formation à une démarche de prévention, et notamment à l'obtention d'un langage commun sur les drogues, leur est proposée préalablement à toute intervention envers les jeunes - en co-animation avec les professionnels.

Les actions menées auprès des jeunes s'appuient sur l'expérience, propice au travail sur le ressenti et au détachement du cadre cognitif. À travers différentes expérimentations, notamment sur la notion de « première fois », les jeunes intègrent les messages en les renvoyant à leurs propres expériences quotidiennes, avec leur entourage.

Dans la mesure du possible, les actions collectives sont également le moment d'une rencontre avec les parents, souvent désemparés sur les questions des conduites à risques, d'usages des écrans et des drogues, dont ils ont besoin de comprendre l'inscription dans la vie de leurs adolescents. De fait est-il nécessaire que les parents puissent donner un sens différent à ces pratiques pour favoriser la communication avec leurs enfants.

Par ailleurs, l'association forme et anime localement un réseau de professionnels sur la question de l'adolescence, réunissant des professionnels divers, tous amenés à rencontrer des adolescents dans leurs pratiques. Les actions qui les réunissent favorisent la meilleure connaissance et reconnaissance de l'autre, ainsi que des réflexions communes portées par la légitimité d'IPT à l'endroit du Point Accueil Écoute Jeunes.

Le Point Accueil Écoute Jeunes s'adresse à tous, entre 12 et 25 ans, quelles que soient les problématiques et les difficultés rencontrées. Une consultation psychologique de prévention permet d'aborder la question des relations des jeunes, de laquelle le rapport aux consommations peut émerger et faire l'objet d'orientations vers la CJC – et inversement. Des ateliers collectifs sont également mis en place, dans une démarche similaire à celle à destination des collectifs.

Pareillement, et potentiellement de façon parallèle, le Point Accueil Écoute Parents propose aux parents de travailler individuellement sur leurs fonctions parentales, quelles que soient leurs problématiques – la question des frontières et de la place de chacun au sein de la cellule familiale est prégnante. Ce faisant, des groupes de parents sont aussi proposés, tandis qu'un projet est en cours avec le C SAPA pour la mise en place d'un groupe de parents de consommateurs, animé par le Point Accueil Écoute Jeunes et la CJC. Ces groupes tablent sur les échanges d'informations et d'expériences, pour lesquels l'approche basée sur l'expérience commence à être utilisée.

© **L'ancrage des publics – la solution du ZINC**
● **Nathalie Guez**

Pharmacologue responsable du Zinc, Association AMT Arc-en-ciel, Montpellier

L'association AMT Arc-en-ciel, territorialement enracinée depuis 1978, travaille sur le terrain de la prévention grâce à des programmes sur site, au sein de divers dispositifs, territoires ou

espaces, tous en lien avec des jeunes. Il est alors question de projets construits avec les équipes en demande, et non d'interventions brèves, le public de l'association étant à la fois composé des jeunes et de leur entourage (professionnels encadrants et parents). De fait, l'inclusion des adultes entourant les jeunes est un prérequis essentiel à toute action de l'association.

Dans le prolongement de ces programmes, le ZINC a été ouvert, ancien bar où jeunes, parents et professionnels sont invités à se rendre de façon libre. Des supports y sont proposés, les plus interactifs et participatifs possible, ainsi que des actions événementielles et des expositions, afin que le bar soit un lieu de circulation. Pour ce faire, le packaging du lieu a été pensé pour attirer le public dont l'attention est la plus difficile à capter, à savoir les jeunes. S'il affiche en devanture des mots comme « drogue » et « consommations », il exclut le terme de « prévention » en travaillant sur les codes culturels propres aux jeunes. Une CJC est ainsi adossée au dispositif, afin d'accueillir de façon individuelle les demandes les plus compliquées.

La prévention fonctionne donc, là où le temps est un levier fondamental. S'il permet aux problématiques de se libérer et d'être résolues, il permet également à chacun de se connaître et de proposer aux jeunes des orientations d'une qualité certaine. De fait, faire de la prévention des conduites addictives ne nécessite pas de parler systématiquement de drogue, mais de créer des conditions de rencontres permettant d'aborder les questions qui intéressent les jeunes, en partant de leur parole et non d'un savoir figé à transmettre. Le lien créé doit leur permettre de venir spontanément auprès de l'association, grâce à une récurrence des échanges mise en place par un même intervenant. De fait, l'imbrication des différents niveaux d'intervention permet une dynamique nécessaire à l'ancrage des jeunes au sein de l'association, qui ne dispose cependant d'aucun financement global, mais seulement de différents financeurs pour chaque action, dont la multiplicité ne reflète pas la dynamique, de la prévention aux soins en passant par la réduction des risques.

 Questions de la salle

Devant la demande de précision sur la place des parents dans le dispositif de l'association, Mme Nathalie GUEZ explique que les parents ne sont pas tous accessibles, très éloignés des dispositifs en fonction des lieux et des publics ciblés. À l'externe, les professionnels et les institutions sont nécessaires pour capter les parents, finalement aussi peu nombreux soient-ils à un évènement, terme d'un long et lourd travail de préparation. Ce faisant, les parents se rendent facilement au ZINC, mais souvent au terme de l'épuisement de toutes les tentatives menées à l'endroit de la résolution des problèmes avec leurs enfants. Le ZINC permet aussi l'accueil des familles, et parfois de retrouvailles où la question des consommations redonne un lien perdu.

Mme Isabelle HAMM, infirmière tabacologue en Centre hospitalier psychiatrique alsacien, demande des informations pratiques sur le fonctionnement du ZINC. Mme GUEZ indique que six personnes partagent leur temps entre le ZINC, ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 18 h, et le centre de soin du CSAPA. Des groupes peuvent être reçus le soir, après 18 h au ZINC, situé en centre-ville. Le financement en est difficile, notamment à cause de la multiplication des financeurs qui ne s'accordent pas toujours sur les objectifs et les orientations de la structure.

À une intervenante qui s'interroge sur l'interface de l'association avec le secteur pédopsychiatrique local, Mme GUEZ répond que s'il leur est possible de traiter en interne un certain nombre de problèmes, des orientations complètes ou en co-accompagnement s'avèrent parfois nécessaires. Concernant la pédopsychiatrie, un travail certain est fait avec la Maison des adolescents, avec laquelle Arc-en-ciel est capable de réactivité.

Proposé par l'association Le Cèdre Bleu, ARPEJ (Accueil-Rencontre Parents et Jeunes) est spécialisé dans l'accueil, l'information, le soutien et l'accompagnement des parents en difficulté dans leurs relations à leurs enfants, et ce quels que soient l'âge et la difficulté rencontrée. Ce groupe de parole, mis en place il y a 20 ans de cela, était à l'origine unique et axé sur une approche thérapeutique. D'autres groupes de parents se sont ensuite développés dans différents quartiers et cadres partenariaux, hors des locaux d'ARPEJ.

Le Groupe Parents a fait le choix de n'exclure aucune difficulté parentale dans l'hypothèse que quel que soit le symptôme présenté par l'adolescent, les conflits, questions, angoisses et incompréhensions des parents restent du même ordre, à savoir :

- Comment protéger l'enfant ?
- Comment endiguer les comportements gênants ?
- Comment avoir de l'autorité et poser des limites ?
- Comment gérer sa propre peur ?
- Comment communiquer mieux ?
- Comment acquérir de la crédibilité ?
- Comment se libérer de sa propre culpabilité ?

Ne pas se centrer sur une unique problématique permet aux parents de prendre du recul par rapport aux symptômes de leurs enfants, sachant également qu'il est possible de donner et recevoir au sein du Groupe, sans pour autant partager des situations et des affects quotidiens similaires. L'important reste effectivement la qualité de l'écoute, de la présence, du questionnement, des suggestions et des liens interpersonnels, en sortant de la solitude et de la culpabilité que ressentent souvent les parents. Il s'agit d'introduire de la parole et du sens en analysant les problèmes énoncés en dehors de tous jugements. Des pistes nouvelles pour comprendre et agir sont recherchées, qui permettent de soutenir chacun, dans un Groupe basé sur la libre adhésion, l'anonymat, la confidentialité, le non-jugement, le non-passage à l'acte et le respect du rythme et des possibilités de chacun. Limité à 12 participants qui se réunissent une fois par mois, le Groupe est fermé et les adhésions sujettes à un entretien préalable avec ses animateurs qui évaluent la capacité du parent à intégrer le Groupe. Il s'agit effectivement de créer et conserver une dynamique de groupe, ainsi que des liens et une confiance propice à une implication et une réflexion en profondeur. La participation est donc d'une durée annuelle, renouvelable une fois.

Sans thème préalable, chaque séance est construite par les apports des parents. Dans un premier temps d'accueil, l'expression libre est favorisée sur le ressenti de chacun, qui permet d'évoquer les événements et évolutions rencontrés depuis la dernière rencontre, et ce à tour de rôle. Dans un second temps, les animateurs tentent de dégager les questions et les problématiques communes aux différentes restitutions des parents. Le troisième temps observe ainsi les mêmes règles que le premier, les parents s'exprimant cependant sur ce qu'ils ont pu retenir des échanges.

Cette année, un groupe de parents, dont les enfants étaient tous consommateurs de substances psychoactives, a permis de dégager quelques thématiques communes :

- Quel cadre poser autour de cette consommation ?
- Quelle limite poser, notamment concernant l'argent ?
- Comment maintenir le lien sans être dans l'affrontement systématique ou dans la soumission ?
- Quel regard porter sur la dépendance ?
- Comment mieux en comprendre les enjeux ?

- Comment favoriser changement et évolution au niveau du jeune tout en acceptant l'impossibilité de la toute-puissance ?
- Comment protéger ses autres enfants ?
- Comment continuer à vivre et à exister avec un enfant en grande souffrance ?

Si le Groupe n'apporte pas de réponse, il permet aux parents de voir leurs enfants sous un autre jour que celui de leurs problèmes.

● Questions de la salle

Une intervenante voulant connaître la démarche du Groupe vis-à-vis des couples, qu'ils soient recomposés ou séparés, Mme Anne OLLIVIER indique que des mères se présentent essentiellement, les pères étant dits trop en souffrance pour pouvoir prendre du recul vis-à-vis de la situation de leurs enfants. M. BOULANGER ajoute qu'une répartition des rôles se fait souvent, au sein de laquelle le père n'a pas souvent l'opportunité d'alerter. La place du père est effectivement une question forte à travailler dans l'approche familiale, notamment dans le développement de Groupes à destination des pères.

CONCLUSION

Nathalie Joannard

Direction générale de la Santé

Anne Borgne

Présidente du RESPADD

Le constat de Mme Nathalie JOANNARD est celui de l'évolution des consommations, dont les chiffres sont préoccupants, inscrits dans un environnement social proposant une « hyper-offre » et un marketing important. Ce faisant, le contexte international peut aider, avec la convention-cadre internationale de l'OMS qui propose des actions structurées, ainsi qu'une directive européenne en cours de révision sur l'emballage des cigarettes et la question de leurs arômes.

Mme JOANNARD fait ainsi part d'enjeux à retenir, telle la nécessité du repérage du moment où les consommations des jeunes risquent de devenir problématiques, là où il est important de pouvoir intervenir, de façon précoce.

Le Bureau des addictions s'ingénie ainsi à porter auprès du Ministère la nécessité d'accompagner l'évolution des pratiques professionnelles les plus adaptées aux situations rencontrées, aux jeunes et à leurs entourages, notamment en travaillant sur le maillon manquant et le travail en réseau. Force est effectivement de constater que ces besoins doivent s'inscrire dans des politiques de prévention et de lutte concernant les pratiques addictives.

Pour conclure, et après avoir remercié l'ensemble des participants et contributeurs à la journée, Mme BORGNE annonce que les 19^{es} rencontres auront lieu le 26 juin 2014 sur la côte Basque.