

77<sup>e</sup> RENCONTRE DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

# LES JEUNES, LA SANTÉ MENTALE ET NOUS

## **TIM GREACEN**

**DIRECTEUR, LABORATOIRE DE RECHERCHE,  
ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ (EPS) MAISON BLANCHE**

« Les jeunes la santé mentale et nous » est un titre bien ambigu : Qui est ce « nous » ? Le risque en matière de santé mentale, que Michel Foucault appelait la « gouvernementalisation » (l'intériorisation d'un système de contrôle social), de dicter des comportements, de créer des conseils de prévention ou de santé qui ressemblent à des lois ou à des injonctions est très présent. Qui crée les messages de prévention de santé ? Qui les transmet ? Qui les vend ? Pourquoi une société souhaite-t-elle que les personnes restent en bonne santé mentale ?

Au Crips Île-de-France, les représentants des publics destinataires des actions de santé – y compris les jeunes – sont consultés et présents dans les instances.

Aujourd'hui, nous avons l'honneur d'avoir des experts en santé mentale qui vont nous décrire les problèmes auxquels sont confrontés les jeunes et quels types d'interventions sont efficaces. Nous confronterons ensuite ces points de vue avec les représentants des jeunes présents à cette rencontre.

Rencontre du 30 septembre 2010. Les rencontres du Crips Île-de-France sont organisées avec le soutien de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France.

Contentons  
nous  
de faire  
réfléchir  
n'essayons pas  
de convaincre  
Georges Braque



CENTRE RÉGIONAL  
DE RESSOURCES  
D'INFORMATION ET  
DE PRÉVENTION  
SUR LE VIH/SIDA,  
LES IST, LES HÉPATITES,  
L'ÉDUCATION À LA VIE  
AFFECTIVE ET SEXUELLE,  
LES DROGUES,  
LES DÉPENDANCES ET  
LES CONDUITES À RISQUE  
CHEZ LES JEUNES

**Tour**  
**Maine-Montparnasse**  
**BP53 /**  
**75755 Paris cedex 15**  
tél **01 56 80 33 33**  
fax **01 56 80 33 00**  
**www.lecrisp-idf.net**  
info@lecrisp.net

**ouvert au public**  
du **lundi** au **vendredi**  
de **13h** à **19h**

 **îledeFrance**



PREFECTURE DE LA REGION  
D'ÎLE-DE-FRANCE

## **VIVIANNE KOVESS-MASFÉTY**

**DIRECTRICE, EA 4069, UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES / DIRECTRICE, DÉPARTEMENT D'ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE (EHESP)**

L'épidémiologie concerne l'étude des populations, elle ne s'intéresse donc pas aux cas individuels mais à un ensemble de personnes qui est représentatif. D'approche scientifique, elle essaye de préciser, par exemple, des facteurs de risques, de protection et permet de suivre l'évolution des problèmes.

Les données concernant la France portent sur le suicide et la suicidalité, la dépression (maladie, trouble psychiatrique) et la dépressivité (mal-être), les troubles engendrés par l'usage de substances psychoactives, les troubles psychotiques, et les troubles du comportement alimentaire.

Concernant le suicide, nous constatons que les hommes se suicident beaucoup plus que les femmes (acte accompli). Contrairement aux idées reçues, ce sont les personnes âgées qui se suicident le plus, même s'il est vrai que le poids des suicides reste élevé dans les causes de mortalité des jeunes (à mettre en lien avec un taux de mortalité très faible dans cette population).

En France, contrairement à ce que tout le monde pense, le taux de suicide des jeunes diminue. En Grande-Bretagne, l'augmentation a eu lieu dans les années 1970 et 1990 et aux États-Unis, entre les années 1960 et 1980.

En Suède, le taux reste stable et en Finlande, il a plutôt diminué. Les explications sont une régulation de l'accès aux armes à feu ainsi qu'un meilleur accès aux traitements de la dépression.

Pour les tentatives de suicide, grâce à Marie Choquet et à son équipe, nous disposons d'enquêtes qui nous permettent de voir l'évolution dans le temps. Contrairement au suicide dit « accompli », les tentatives de suicides sont beaucoup plus fréquentes chez les filles que chez les garçons. L'évolution entre 1993 et 2003 montre une relative stabilité avec de fortes disparités en France entre les différentes régions.

Pour ce qui est de la dépressivité, indicateur utilisé régulièrement dans les enquêtes dans les populations jeunes, les filles montrent plus de symptômes dépressifs que les garçons. Si nous regardons l'évolution entre 1993 et 2003, nous constatons, après une augmentation entre 1993 et 1999, une stabilisation, voire une diminution de ceux-ci.

Concernant l'usage de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, médicaments psychotropes), l'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) de 2003 montre pour la France, par rapport aux autres pays européens, une consommation d'alcool plus basse, une consommation de tabac dans la moyenne, et une consommation de cannabis, de tranquillisants et sédatifs élevée. En France, pour l'alcool, il existe d'importantes différences, en particulier entre le milieu rural et le milieu urbain.

De récentes enquêtes ont étudié l'usage de l'alcool dans les grandes écoles, en particulier de commerce. Celles-ci sont la cible des alcooliers qui se montrent extrêmement généreux et sponsorisent des soirées où l'alcool est distribué gratuitement et sans limitation, ce qui est extrêmement inquiétant.

Concernant le cannabis, après une augmentation continue entre les années 1993 et 1999 en France, la consommation se stabilise depuis.

La cocaïne est la deuxième drogue illicite consommée après le cannabis surtout par des adultes jeunes. Sa consommation en Europe reste inférieure à celle des États-Unis et en France inférieure à ce qu'elle est en Europe.

Des études de cohortes ont été réalisées entre 1970 et 1999 au Royaume-Uni basées sur le questionnement des parents concernant chez leurs enfants les troubles de conduites agressifs (se battre ou molester les autres enfants), non agressifs (voler, mentir ou désobéir), l'hyperactivité (être remuant, inattentif et agité) et les troubles anxio-dépressifs (la peur des situations nouvelles, l'anxiété, et le fait de se sentir malheureux). Pendant la période étudiée, selon les parents, « voler, mentir, et désobéir » sont les seuls comportements qui augmentent. Ils sont toujours plus élevés chez les garçons que chez les filles et cette augmentation existe quels que soient le milieu social, la composition parentale et l'origine ethnique.

Ces études montrent également que le fait d'avoir eu un problème de conduite avant 16 ans multiplie les risques, une fois adulte, d'avoir des problèmes d'adaptation au travail (chômage, renvoi), à une vie familiale (plus de trois mariages à 30 ans, d'avoir une grossesse précoce), de recevoir l'aide sociale, d'être sans abri, d'avoir des problèmes de santé ou d'addiction (y compris l'alcool et le tabac), d'avoir à demander de l'aide pour un problème de santé mentale et de commettre des délits ou d'être arrêté par la police. Cependant, malgré ce « surrisque statistique » les deux tiers des adolescents difficiles n'ont pas eu de problèmes avec la police ni été condamnés une fois adultes.

Ce résultat est confirmé par d'autres études de cohorte aux États-Unis et en Suède. Les problèmes de conduite caractérisés ont plutôt diminué entre 1989 et 1999. Par contre, le fait de se plaindre de troubles ou de rapporter des mauvaises fréquentations de leurs enfants est en augmentation. Cette dernière donnée est intéressante parce qu'elle peut expliquer, en partie, pourquoi les personnes ont l'illusion que les troubles augmentent. L'expression de troubles de cet ordre est plus facile aujourd'hui que cela ne l'était il y a 20 ou 30 ans. Ces tendances sont identiques quand les mêmes questions sont posées aux enseignants.

## **OLIVIER PHAN**

**PRATICIEN HOSPITALIER, PSYCHIATRE,  
INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS**

Le risque fait partie du développement normal à l'adolescence et il n'est de pathologie que quand ce risque se pérennise. Il est essentiel de différencier les troubles qui ont commencé à l'adolescence de ceux initialisés avant. Une distinction est à établir entre le trouble résolutif à l'âge adulte et les difficultés qui perdureront. Les troubles résolutifs peuvent cependant engendrer d'autres risques et provoquer « une perte de chance » dès l'adolescence (l'adolescent qui consomme du cannabis en grande quantité et qui pendant ce temps n'arrive pas à étudier, à suivre son cursus scolaire ou à nouer des relations). Enfin, l'adolescence n'est pas un trouble en soi, et la crise d'adolescence n'est pas forcément systématique.

L'origine des troubles psychologiques est très complexe et concerne d'abord ce que l'adolescent a été, ce qu'il est et ce qu'il souhaite devenir, mais aussi l'environnement dans lequel il évolue, ses pairs, ses parents, les relations entre eux ou la façon dont eux-mêmes ont vécu leur adolescence.

Il existe trois types majeurs de troubles à l'adolescence : la consommation de substances psychoactives, les troubles internalisés (souffrance psychique avec l'apparition de la dépressivité, de la dépression, de la phobie, de l'anxiété), et enfin les troubles externalisés (attitudes de délinquance, agressivité et conduites psychopathiques). La question du risque renvoie à la question des conduites d'essais qui sont banales chez l'humain depuis la nuit des temps. Elles sont généralement vécues comme positives quand elles sont sans dommage mais peuvent aussi entraîner des troubles. La question qui doit être posée concerne le parcours de l'adolescent par rapport au parcours idéal qu'il souhaiterait avoir ou qu'on pourrait souhaiter pour lui. Ce qui va intéresser le praticien n'est pas la conduite en elle-même, mais l'état de la souffrance qu'elle engendre et les retentissements pour nouer l'alliance thérapeutique lors d'une prise en charge.

L'action agressive est instinctive chez l'être humain. Ce qui fait le succès et la popularité des jeux vidéo repose toujours sur le même principe : tuer ou être tué, fuir ou combattre. Contrairement aux idées reçues, les jeux vidéo peuvent être une manière d'exprimer l'agressivité et ainsi avoir des vertus cathartiques. Les adolescents qui sont agressifs l'étaient avant de jouer, aucune étude n'a montré que les jeux violents rendaient violent.

Un des succès du jeu *World of Warcraft* est la possibilité pour l'adolescent d'explorer des mondes nouveaux extérieurs sans avoir à sortir de chez lui. Cette exploration n'est pathologique que si elle englobe la vie de l'individu (cinq à six heures par jour sur le jeu). À l'adolescence sont réalisées des activités exploratoires avec les risques que cela comporte : l'exploration de son nouveau corps au travers des activités sportives et du flirt ; l'exploration de ses limites car l'incertitude et la liberté totale sont

extrêmement angoissantes. Nous avons tous eu en clinique l'adolescent qui ne cesse de chercher ses limites, de les transgresser et qui quand on lui demande ce qu'il veut faire plus tard dit : « l'armée ». Ces transgressions des limites sont parfois difficiles pour les parents. Tout lâcher à ce moment-là ou avoir une attitude trop coercitive sont des erreurs qui ne font qu'aggraver les troubles (différence qui existe entre rigueur et rigidité) ; enfin, l'exploration des sensations avec différents produits psychoactifs, les conduites à risque (la vitesse, etc.). L'expérimentation a une vertu initiatique marquant le passage dans le monde adulte (fumer sa première cigarette ou son premier joint de cannabis se fait en groupe). Il faut également différencier la conduite et le produit (une cigarette et un shoot d'héroïne, ce n'est pas la même chose ; rouler sans casque ou voler dans un magasin n'ont pas forcément les mêmes conséquences). De même, la pérennisation des conduites à risque, leur répétition entraîneront des conséquences différentes de la simple expérimentation.

Nous constatons une grande différence entre les adolescents qui sont à la recherche du plaisir des sens, à travers la pratique d'un sport, d'un instrument de musique, voire d'études en vue d'un métier satisfaisant et d'autres adolescents qui sont dans la recherche de sensations immédiates, à travers l'usage des drogues et les conduites à risque. Le passage de l'un à l'autre fait appel, d'une part à la personnalité des adolescents, à leurs capacités à différer, à apprendre, et à l'encadrement des parents pour orienter plutôt dans un sens ou dans un autre.

À l'adolescence, s'acquièrent des capacités nouvelles d'abstraction, de logique, de raisonnement qui donnent à l'adolescent la capacité de voir le monde avec ses propres yeux et non plus à travers ceux des adultes. Mais un adolescent aura du mal à exprimer ses sentiments et émotions parce que son appareil psychique ne lui permet pas encore cette prise de conscience et cette verbalisation. Il doit aussi gérer la différence qui peut exister entre l'idéal de ce qu'il voudrait être et ce qu'il est vraiment. C'est ce décalage qui pourra entraîner la dépressivité, voire pour les cas extrêmes une véritable dépression par rupture, ou baisse de l'image de soi.

L'adolescence est la période de deuil d'une certaine relation pour pouvoir investir d'autres sphères. Plus un attachement de qualité sera construit dans l'enfance, plus le détachement émotionnel sera facile à l'adolescence.

Un des principaux facteurs de risques des conduites addictives est à mettre en lien avec les conduites parentales dans une société qui a évolué ou la notion même de famille a considérablement changé. Nous avons développé dans ce cadre des programmes de thérapie familiale (MDFT, MultiDimensional Family Therapy) qui s'intéressent au parcours de l'adolescent, aux pratiques parentales, aux relations familiales et à l'environnement pour prendre en charge les adolescents et leur famille en difficulté.



## QUESTIONS DE LA SALLE

**TIM GREACEN** — Pour apprendre il faut faire des erreurs, les petits risques que les adolescents prennent sont donc nécessaires. Est-il possible d'imaginer la vie sans souffrance ?

**OLIVIER PHAN** — La question de la souffrance est à distinguer de celle de la douleur. Une vie sans douleurs, sans tristesse, n'est pas une vie. Je fais également la distinction entre la tristesse et la dépression. Être triste est normal, le dépressif lui n'est plus triste, il est dans l'incapacité de ressentir quoi que ce soit et cela crée la souffrance. La réponse à une demande d'intervention doit se faire au cas par cas.

**VIVIANNE KOVÉSS-MASFÉTY** — Je suis d'accord pour dire que la bonne santé mentale est de se réaliser en fonction de ses capacités. Il est plutôt rassurant que les personnes aient un peu de symptômes. Un adolescent qui n'est jamais triste, n'a peur de rien, c'est inquiétant. Si la douleur est assourdissante et qu'elle empêche de vivre, il faut consulter, mais gérer un peu de douleur fait partie de l'école de la vie, la psychologie et la psychanalyse permettent, dans ces cas là, de se remettre en perspective.

### **TIM GREACEN**

Avec le VIH/sida, nous avons appris qu'il était nécessaire de donner la parole aux personnes atteintes, au titre d'expertes de leur propre santé. Pour parler de la santé mentale des jeunes, je vous propose d'entendre quatre représentants des jeunes qui siègent dans les instances du Crips.

### **NICOLAS SOUVETON**

**ADMINISTRATEUR EN CHARGE DE L'EXPERTISE, LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS (LMDE)**

Aujourd'hui, il est nécessaire que la voix des usagers puisse être prise en compte dans la définition des priorités, notamment en matière de santé publique.

La mutuelle des étudiants est la première mutuelle des jeunes en France qui couvre 870 000 personnes en Sécurité sociale, 340 000 adhérents sont bénéficiaires d'une couverture complémentaire.

La LMDE s'est dotée d'un observatoire Expertise et prévention pour la santé des étudiants (Epse) car peu de données étaient disponibles. Son rôle est d'identifier les déterminants qui leur sont propres dans les problématiques de santé et leurs besoins sanitaires et sociaux. Cet observatoire est le lieu de rencontres entre des acteurs scientifiques, médecins, sociologues, psychologues et des acteurs de l'enseignement secondaire et supérieur. Il permet la confrontation des points de vue entre l'expertise scientifique (à travers les travaux d'études conduits avec des laboratoires universitaires), l'expertise de terrain des équipes de salariés militants

(qui mettent en place des actions de prévention, de sensibilisation, de promotion de la santé sur toute la France) et l'expertise d'expérience des étudiants eux-mêmes (assemblée générale de 300 étudiants qui décide des orientations à la fois de prestations mais aussi de politiques de prévention).

Concernant le volet complémentaire santé, les choix de remboursement et de dispositifs accompagnant les étudiants constituent de véritables politiques de santé (ex. remboursement des contraceptifs de troisième et quatrième génération).

Comme le Crips, nous sommes très attachés à la prévention et à développer des discours qui soient propres à la jeunesse qui font plus appel à l'intelligence des jeunes qu'à un discours moralisateur ou stigmatisant. Interpeller les pouvoirs publics et participer à la mise en place de politiques de santé publiques est un autre rôle important de la LMDE.

Dans nos différentes enquêtes, nous avons identifié 17 % d'étudiants en situation de mal-être. Les facteurs déterminants sont les suivants : le mode d'habitat, le passage à l'université (impliquant tous deux un apprentissage de l'autonomie parfois difficile), une précarisation qui s'accroît (obligeant à un emploi salarié concomitant aux études), la situation géographique de certains campus (favorisant l'isolement quand ils sont implantés loin des centres-villes), les perspectives d'insertion professionnelle (taux de chômage des jeunes de 25 %) et la pression qui existe sur une réussite nécessaire et à tout prix dans les études. Sur les trois premières années d'université, plus de la moitié des étudiants sont en échec.

Le discours actuel sur les difficultés de débouchés après les études est insidieux et les jeunes intègrent cette vision pessimiste de leur probable déclassement par rapport à leurs parents. Les consommations de substances psychoactives et de médicaments, en particulier au moment des examens, sont symptomatiques de la pression qui pèse sur les étudiants.

Pour répondre à ces problématiques, nous avons d'abord identifié des structures ressources vers lesquelles les étudiants peuvent être orientés. Nous avons également mis en place des actions correctrices avec un travail autour de la notion de bien-être de manière globale qui aborde les questions du sport, de la nutrition, etc. Des formations pour les personnels des Crous ont été réalisées à la détection du mal-être. Nous avons également initié un travail pédagogique auprès des secteurs universitaires et des collectivités pour les convaincre qu'intervenir sur ces questions de mal-être doit participer d'une action globale et collective.

Dans le but d'améliorer notre expertise, la troisième enquête nationale sur la santé des étudiants sera réalisée entre le 15 novembre et le 15 décembre 2010 permettant d'obtenir une cartographie de l'état sanitaire et social des étudiants. Une série d'enquêtes appelées les diagnostics temps sont en cours permettant de com-

**C R I P S**

prendre la gestion du temps par les étudiants et les facteurs qui vont conduire à un déséquilibre entre le temps choisi et le temps subi (transports...).

## **QUENTIN DELORME**

**SECRÉTAIRE NATIONAL,  
UNION NATIONALE LYCÉENNE (UNL)**

L'union nationale lycéenne (UNL) est une organisation lycéenne à statut associatif, reconnue comme un véritable syndicat. Elle regroupe 6 000 lycéens et a une action militante sur les politiques éducatives et la pédagogie. Concernant la santé mentale, l'UNL a pour objectif de servir de relais, de porte-parole dans des colloques et auprès des institutions, au niveau local comme au niveau national. Une enquête réalisée il y a quelques années avait montré qu'un lycéen sur dix était amené à devoir travailler en même temps que ses études.

Concernant ce qui est appelé dans les médias « le malaise des jeunes », nous pensons qu'il est le résultat du malaise social et de la défiance que la société entretient avec les jeunes. Nous estimons que 5 à 6 % des jeunes sont effectivement violents, mais personne ne parle des 95 % qui vont bien. À force d'entretenir un climat faisant peser sur les jeunes les problèmes dans les lycées et dans les quartiers, nous assistons à un phénomène d'intériorisation de la violence par des jeunes qui vont occuper le rôle qui leur a été assigné par la société. Mettre des caméras de vidéosurveillance et des portiques de sécurité dans les lycées ne favorise pas un climat de bonne entente entre les élèves, l'administration et les adultes mais entretient la méfiance et renforce les attitudes agressives.

Les jeunes ressentent une angoisse par rapport à l'avenir où le message transmis par la société est celui du chômage. Ils intériorisent le fait que n'ayant pas fait de grandes écoles, ils ne trouveront pas de travail. Les conduites à risque peuvent être un moyen d'échapper à l'incertitude par rapport à l'avenir.

L'environnement scolaire est également essentiel dans la santé mentale des jeunes. Dans un établissement où tout le monde se connaît (élèves, personnels éducatifs), il peut, soit jouer un rôle protecteur, soit accentuer l'exclusion d'élèves qui ne se reconnaissent pas dans le groupe.

Une attention particulière doit être portée aux abords des établissements scolaires. C'est à la sortie des collèges que se font les premières expérimentations (tabac, alcool, cannabis), soit pour faire comme les autres, soit pour « se montrer » dans une forme de surenchère. J'ai le sentiment que ces expérimentations sont de plus en plus précoces et qu'elles touchent maintenant les élèves de 6<sup>e</sup>. Pour que les jeunes se sentent bien dans leurs corps et dans leurs têtes, nous préconisons que soient mis en place, dans les lycées, des espaces de vie, de rencontres, de discussions et que puisse s'exercer une véritable démocratie lycéenne. Les lycées sont trop souvent des

« grosses machines » où domine l'anonymat. C'est le lieu de l'impératif sans possibilités pour les élèves d'un véritable choix d'orientation en fonction de leurs propres désirs pour l'avenir.

Les rythmes scolaires doivent également prendre en compte un juste équilibre entre les cours et la vie au lycée.

## **ANTONIO UGIDOS**

Nous avons noté avec votre intervention l'importance que le regard peut avoir sur les personnes. Je trouve que vous avez bien pointé le paradoxe de notre société qui idéalise, voire divinise la jeunesse à travers la publicité, la mode, les corps, et qui diabolise les « vrais jeunes ».

## **NATHALIE TEIXEIRA**

**CONSEIL RÉGIONAL DES JEUNES**

Je pense aussi que la pression scolaire joue un rôle important dans le mal-être des jeunes qui conduisent à des prises de risques. Elles touchent les élèves de plus en plus jeunes qui sont en 6<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup>. Si pour être reconnu, il faut enfreindre les règles, cela pose un problème de société.

L'orientation est un réel souci, les jeunes se sentent « désorientés », les conseillers ne sont pas suffisamment attentifs à mieux connaître les jeunes, leurs désirs pour les aider à trouver leur voie et accomplir la carrière qu'ils ont eux-mêmes choisie.

Beaucoup de jeunes sont suivis par des psychologues, ce qui est un signe de malaise. Je pense qu'il faut trouver les moyens pour les aider à être bien avec eux-mêmes et avec les autres. Souvent, ils souffrent d'une trop grande exigence à leur propre égard, ils ont peur de mal faire. L'échec scolaire est un grave problème qui peut déboucher sur des déviances comme les consommations de produits psychoactifs, les vols, les agressions.

## **MAMADOU BALDÉ**

**CONSEIL RÉGIONAL DES JEUNES**

Je peux témoigner du problème que peut poser une mauvaise orientation des élèves. Je suis dans un lycée professionnel en BTS électrotechnique. J'y rencontre certains élèves qui sont soit en dépression, soit ont des comportements violents et d'incivilité à l'égard des professeurs parce qu'ils ont été orientés vers des filières qui ne les intéressent pas.

## **ANTONIO UGIDOS**

Vous avez témoigné du mal-être et de ses symptômes liés, soit à une mauvaise orientation, soit à des problèmes personnels qui ne semblent pas être pris en compte au sein des établissements. Nous allons voir maintenant quelles expériences sont mises en place pour essayer de répondre au mal-être des jeunes.

**MICHEL BOURQUIN****DIRECTEUR ADJOINT,  
FONDATION PHÉNIX, SUISSE**

Avant de commencer, je voudrais rappeler, comme l'a dit Quentin Delorme, que dès que nous sortons de notre pratique professionnelle, nous constatons qu'une grande majorité de jeunes vont bien.

En Suisse, la confédération décide de la politique de la drogue. Quatre piliers ont été définis : la prévention, la thérapie et la réinsertion, la réduction des risques et des méfaits, et enfin le contrôle et la répression.

Au niveau cantonal, Genève a une approche très ouverte et très tolérante pour la mise en œuvre de cette politique : salle d'injection à moindre risque, programme de remise d'héroïne, etc.

La Fondation Phénix est une institution privée qui a 24 ans d'existence et reçoit des subventions de la confédération et du canton. Elle dispose de cinq centres médico-psycho-sociaux et d'une équipe mobile d'intervention. Une soixantaine de collaborateurs y travaillent qui suivent à peu près 1 000 patients. Nous traitons les addictions avec et sans substance et notre démarche est centrée sur les besoins et les attentes de la personne. Le projet de soin de chaque patient est réalisé en concertation avec lui, l'abstinence est un moyen qui n'est jamais considérée comme un but en soi. Selon la demande de la personne, nous collaborons avec son entourage et son réseau. Nous travaillons en ambulatoire pour privilégier le rétablissement dans l'environnement naturel et habituel de la personne.

Nos quatre premiers centres étaient des centres de traitements de substitution des opiacés (TSO) qui ont élargi leur offre au traitement des addictions avec et sans substance. Notre offre est diversifiée : accueil des personnes qui souhaitent faire un bilan de leur situation, suivi psychiatrique, psychothérapeutique, social ou somatique, psychoéducation et prévention en milieu scolaire et professionnel, interventions à domicile ou sur le lieu de vie des patients, exécution de mandats médico-légaux et judiciaires (injonctions de traitement à la demande du juge, en particulier pour des adolescents avec des problèmes associés de délinquance).

Notre équipe est composée de psychiatres, psychosomatiques, infirmiers, assistantes médicales. Notre modèle est un traitement intégré de l'addiction et des troubles qui y sont associés qui combine l'utilisation de médicaments, si nécessaire avec une prise en charge psychothérapeutique qui va du conseil psycho-éducatif aux thérapies de soutien basées sur différents modèles : techniques cognitivo-comportementales, théories systémiques ou familiales, modèles psycho-dynamiques, soutien parental, thérapies corporelles, hypnose...

Concernant plus particulièrement les adolescents, la Fondation a ouvert une consultation spécialisée depuis octobre 2004. Nous y suivons 150 adolescents, les 50 autres sont répartis dans les autres centres. Nous leur offrons un accueil et une information ainsi qu'à leurs familles. Très

souvent, il n'y a pas vraiment un problème, il s'agit de rassurer. Pour ceux dont c'est nécessaire, nous assurons un accompagnement et un suivi personnalisés sur la base d'un travail individuel ou familial. La confidentialité dans nos centres est totalement assurée, les consultations sont prises en charge par le système d'Assurance maladie suisse et pour les mandats judiciaires par la justice.

Le premier motif de consultation concerne la cyber addiction (40 % des consultations), ensuite vient le cannabis (environ 30 %), puis l'alcool, l'ecstasy et le tabac. La Fondation Phénix est associée au programme International Cannabis Need of Treatment (INCANT) qui part du constat européen d'un accroissement continu de la production de substances psychoactives dans le monde, d'un abaissement de l'âge de l'initiation à la consommation de cannabis et d'un accroissement de la proportion de personnes qui consomment de multiples substances. Concernant le cannabis, il s'agit du produit illicite le plus consommé, une personne sur cinq dans la population générale et un jeune sur deux l'a expérimenté. Ces vingt dernières années, la consommation a quadruplé chez les jeunes de 15 ans. Sur toute la population âgée de plus de 15 ans 3,5 % (une personne sur trente) sont des consommateurs réguliers, chez les 15 ans ce pourcentage s'élève à 24 % chez les garçons et 21 % chez les filles. À 13 ans, 10 % des jeunes interrogés sont des consommateurs réguliers, ils sont 25 % à 16 ans.

Les cliniciens ont constaté une consommation de plus en plus précoce, en quantité de plus en plus importante, avec des concentrations en THC de plus en plus élevées (30 % actuellement contre 3 % dans les années 1960), une plus grande accessibilité (1 gramme = 10 francs suisses, 6 euros) et une augmentation de la demande de prise en soin pour les troubles liés à la consommation de cannabis dans toute l'Europe. Face à ce constat, le groupe INCANT a considéré qu'il était urgent de développer de nouvelles réponses. Cinq pays (la France, l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas et la Suisse) ont collaboré pour définir un mode de prise en soins efficace validé scientifiquement au niveau européen : la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) développée il y a 25 ans à Miami où le thérapeute est le *case manager* (superviseur) d'un réseau thérapeutique. C'est une thérapie intensive sur le plan individuel et familial. Elle a été validée scientifiquement comme très efficace aux États-Unis dans la diminution de la consommation du cannabis et des problèmes qui y sont associés (délinquance, problèmes psychiques, problèmes d'école et apprentissage). La surconsommation de cannabis est considérée comme une sorte de déraillement dans le processus normal de développement du jeune qui trouve son origine dans différents facteurs : l'individu lui-même, la famille, le milieu plus large, les fréquentations. Pour être efficace, il faut avoir une approche multidirectionnelle et simultanée dans tous ces domaines. Les consultations se déroulent deux fois par semaine sur une courte durée, de quatre à six mois. Cette thérapie agit sur l'adolescent, les relations



avec les parents, les relations des parents entre eux, et sur la façon dont les parents peuvent s'entendre pour adopter un modèle éducatif cohérent. Elle peut être élargie aux autres membres significatifs de la famille (les frères et sœurs, les grands-parents...) et à des membres des autres réseaux (amicaux, professionnels...).

La Fondation Phénix participe à l'étude européenne pour évaluer ce type de thérapie (60 jeunes intégrés sur les 500 de l'ensemble de l'étude). Les premiers résultats ont montré une bonne rétention en traitement (9 jeunes sur 10), une meilleure efficacité que les traitements habituels sur la consommation elle-même et les autres problèmes concomitants (dysfonctionnement familial, problèmes scolaires, délinquance...) et un meilleur maintien des parents en traitement. La question de son coût est également à l'étude qui doit être comparé avec les coûts sociaux que représentent ces jeunes consommateurs désinsérés. Les cliniciens jugent les modalités d'organisation de cette thérapie agréables, avec un superviseur qui les aide à préparer les séances et à fixer les objectifs, et une aide thérapeutique qui réalise le travail administratif (prise de rendez-vous, remplissage du questionnaire...).

**ANTONIO UGIDOS** — Olivier Phan contribue à cette démarche. Peut-être peut-il nous dire deux mots sur cette expérience en France.

**OLIVIER PHAN** — En France, nous avons inclus 115 patients. La différence essentielle avec la thérapie classique, dont l'objectif principal reste le développement de l'adolescent, est l'utilisation des parents comme levier pour avoir une influence sur les enfants. Je confirme que les premiers résultats dans les cinq pays d'Europe montrent une meilleure rétention en traitement et une diminution de la consommation de cannabis.

## **JEAN-PIERRE BENOÎT**

**PRATICIEN HOSPITALIER, PÉDOPSYCHIATRE,  
MAISON DES ADOLESCENTS MAISON DE SOLENN**

La mise en place de maisons des adolescents est partie de la question de l'accès aux soins pour les adolescents. Dès la circulaire de 1992 une réflexion a été conduite pour penser des actions spécifiques pour les adolescents. Un écart très important avait été relevé entre la prévalence des troubles psychiques et le nombre d'adolescents qui parvenaient dans des lieux de soin pour consulter. Le rapport présenté lors de la Conférence de la famille en 2004 qui a développé le concept de maison de l'adolescent (MDA) montrait que sur les 5,5 millions de jeunes âgés entre 11 et 18 ans, à 15 ans, 5 % présentaient des troubles anxieux, 3 % de l'humeur, 1 à 2 % d'hyperactivité, 1 % anorexiques et 2,5 % boulimiques, 3 % étaient obèses et 12 % en surpoids.

Le manque de visibilité et le cloisonnement, en fonction de leurs tutelles, des structures de soin existantes (protection judiciaire de la jeunesse, aide sociale à l'enfance...), leur manque de visibilité ainsi qu'un rapport

de défiance et de distance entre les jeunes et les institutions aggravaient les difficultés dans les prises en charge des adolescents.

L'idée est de s'intéresser à l'adolescence comme une période spécifique de la vie quelle que soit l'expression symptomatique des personnes ce qui évite une stigmatisation. Les adolescents peuvent avoir accès aux maisons des adolescents quel que soit le symptôme psychique et/ou somatique. Il existe un mélange des pathologies dans les services (hospitalisation et consultation) : diabète, troubles dépressifs, difficultés scolaires, obésité, troubles psychiatriques.

L'espace santé propose en premier lieu un accueil sans rendez-vous, gratuit et anonyme si besoin, ouvert de 10 heures à 18 heures. Il est réalisé soit par une infirmière, soit par un éducateur. Les adolescents peuvent venir seuls ou bien accompagnés par les parents, des amis ou des professionnels. À l'étage en dessous, des consultations multidisciplinaires sont proposées : psychiatrie, psychologie, pédiatrie, endocrinologie, dermatologie, gastro-entérologie, pneumologie, etc., ainsi que des services sociaux (enseignants, assistants sociaux, éducateurs, avocats du barreau des mineurs de Paris). Dans l'unité d'hospitalisation se retrouvent toutes les problématiques précédemment évoquées. Les durées d'hospitalisation sont variables, d'un mois pour des troubles dépressifs à des prises en charge de trois à six mois dans le cas de l'anorexie par exemple.

Face aux difficultés rencontrées avec les adolescents, nous utilisons des médiations thérapeutiques pour établir la communication : ateliers philosophie, arts plastiques, musique, studio radio, soins esthétiques, maquillage, coiffure, vétothèque, escalade, relaxation. Ces activités sont disponibles pour les jeunes qui sont hospitalisés ou qui viennent en ambulatoire sous la forme d'hôpital de jour ou de centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP). Des consultations transculturelles sont mises à la disposition des familles pour lesquelles la question de la culture et des différences culturelles se pose. Des thérapies de groupe sont proposées autour de différentes pathologies pour adolescents diabétiques, boulimiques..., pour frères et sœurs de patients, pour les parents, en particulier d'adolescents qui ont des troubles alimentaires.

La maison des adolescents doit pouvoir être complémentaire d'autres lieux de soin qui existent déjà comme le service d'Olivier Phan qui traite de façon spécifique de la question des toxicomanies. Il s'agit pour nous de créer un réseau de partenaires diversifiés et spécialisés vers lesquels orienter les adolescents.

## **QUESTIONS DE LA SALLE**

**ANTONIO UGIDOS** — Deux questions pratiques, une sur vos horaires d'ouverture « administratifs » et l'autre sur les délais d'attente.

Isabelle Baldisser  
Bénédicte Astier  
Antonio Ugidos

ISSN 1242-1693

**JEAN-PIERRE BENOÎT** — Au départ, le service était ouvert jusqu'à 20 heures mais nous nous sommes rapidement rendus compte que l'affluence n'était pas particulièrement importante sur des horaires tardifs. Il semble que lorsqu'un adolescent est en difficulté et s'il souhaite consulter il trouve le moyen de le faire aux horaires proposés.

Concernant le délai d'attente, le premier accueil se fait de suite. Toute urgence est gérée comme telle, et ensuite en fonction des cas, il peut être de quinze jours à un mois.

**MONSIEUR DIOUF, ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ** — Comment intervenez-vous quand les parents d'enfants français, nés en France viennent d'une autre culture et ont une appréhension différente de la psychologie et de la maladie mentale ? Quel est le rôle de l'éducateur qui se trouve très souvent en difficulté pour comprendre les dimensions culturelles en jeu ?

**JEAN-PIERRE BENOÎT** — Dans un premier temps, il faut créer un espace d'alliance thérapeutique, de rencontre, de compréhension et d'analyse sans d'emblée penser différences culturelles et interventions spécialisées. Dans notre service, nous proposons des consultations transculturelles, d'ethnopsychiatrie qui viennent, dans un deuxième temps, en appui spécialisé à la question, quand les aspects culturels aggravent les difficultés ou compliquent leur prise en charge.

**ROBERT COMELA** — J'interviens dans un établissement éducatif de Saint-Denis. Est-il possible de nous adresser à vous dans le cas de révélations de maltraitance ?

**JEAN-PIERRE BENOÎT** — L'adolescent peut se présenter à notre accueil, seul ou accompagné. Nous disposons également d'un numéro d'appel spécialisé pour les professionnels pour prendre rendez-vous, discuter avec un interlocuteur, obtenir des informations.

**INTERVENANT DANS LA SALLE, CHRÉTIENS ET SIDA** — Est-ce que vous traitez les problèmes en lien avec la sexualité (oubli de la pilule, rapports non protégés) ?

**JEAN-PIERRE BENOÎT** — Nous avons dans le service deux gynécologues qui consultent et développent une activité proche de celle du planning familial. Nous réfléchissons également à la façon de pouvoir développer un dialogue autour de la question de la sexualité qui, dans des services comme les nôtres, à la différence de Fil santé jeunes, a du mal à être abordée avec les psychiatres. Ce sont les infirmières qui peuvent prendre le relais sur ces problématiques.

**INTERVENANTE DANS LA SALLE, INFIRMIÈRE SCOLAIRE EN SEINE-SAINT-DENIS** — Dans ma pratique, j'oriente beaucoup sur Casita, la maison des adolescents de Seine-Saint-Denis. Je suis confrontée au problème de l'anonymat qui se pose à un moment ou à un autre lors de la prise en charge des adolescents, les professionnels étant dans l'obligation de prévenir les parents.

**JEAN-PIERRE BENOÎT** — La loi du 4 mars 2002 offre la possibilité de consulter si les parents ne sont pas informés et dans l'anonymat à la condition toutefois qu'un adulte majeur de confiance accompagne l'adolescent pour pouvoir accéder à des soins. Cette loi ne s'applique que dans le cadre du VIH et des IVG. Concernant les soins psychiques, nous sommes confrontés à une demande de jeunes mineurs qui ne peuvent accéder à des soins sans que leurs responsables légaux n'en soient informés. D'un autre côté, il nous semble compliqué de traiter un jeune en situation de mal-être, qui ne veut pas en parler avec ses parents et cela peut parfois être dangereux. Nous essayons le plus possible de rencontrer les parents et de travailler avec eux.

CRIPS