HAL
open science

La prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes rencontrant des problèmes d'addiction

Vincent Cauvez, Jean-François Guignard

To cite this version:

Vincent Cauvez, Jean-François Guignard. La prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes rencontrant des problèmes d'addiction. Expressions, 2009, Éducation à la santé, 32, pp.65-76. hal-02406938

HAL Id: hal-02406938

https://hal.univ-reunion.fr/hal-02406938

Submitted on 12 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LA PRISE EN CHARGE D'ADOLESCENTS ET DE JEUNES ADULTES RENCONTRANT DES PROBLÈMES D'ADDICTION

Vincent CAUVEZ[1] et **Jean-François GUIGNARD**[2]
(La Kaz'Oté)

Résumé. – Afin de pouvoir aider et accompagner des jeunes concernés par des consommations régulières ou abusives de drogues autres que l'alcool, à la Réunion, des professionnels des milieux médicaux, sociaux et judiciaires se sont rassemblés au sein d'un réseau et d'un centre de soins. Une structure d'accueil et d'accompagnement est proposée à ces adolescents et ces jeunes adultes en détresse. Le choix des modalités d'intervention s'appuie sur des outils d'aide à l'évaluation – dont la leur – de leurs conduites addictives et de leur signification. Attachés au respect de certaines règles déontologiques, d'écoute et d'accueil, les acteurs de ce dispositif cherchent à créer les conditions d'une qualité de communication et d'une confiance relationnelle. Dans cette perspective, la technique de thérapie familiale systémique se révèle d'une grande fécondité.

Abstract. – Medical, social and judicial workers created a network in a medical center in order to rescue young people from regular or abusive addiction to drugs other than alcohol. A treatment center has opened to welcome teenagers and youngsters in distress. The choice of the intervention mode rests on tools geared toward the assessment – including their own – of their addiction and what it means to them. Deeply respectful of some deontology, attention and welcome rules, the monitors seek to create the best conditions of communication and relational confidence. In this perspective, the technique of family system therapy proves itself to be exceptionally fruitful.

A la Réunion, depuis de nombreuses années, l'un des problèmes les plus importants de santé publique reste la consommation d'alcool. Tous les ans, notre département est classé parmi les trois premiers plus gros consommateurs d'alcool par habitant. Cette drogue « légale » iden-

1. Éducateur spécialisé.
2. Éducateur spécialisé, thérapeute familial et directeur du centre de soins spécialisés pour toxicomanes et du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, La Kaz'Oté (adresse : 7, chemin Pavé, Grande Fontaine, 97 460 Saint-Paul ; téléphone : 02 62 45 26 55 ; fax : 02 62 45 03 77 ; mél : kazote.reseau.ote@wanadoo.fr).

tifiée comme la plus dangereuse avec l'héroïne dans la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), reste l'un des fléaux majeurs de la société réunionnaise. Les chiffres locaux relatifs à la consommation de drogues chez les jeunes Réunionnais scolarisés, bien que « rassurants » par rapport à ceux de la métropole, ne sont pas corroborés par le degré de fréquentation de la « consultation jeunes consommateurs » du centre de soins spécialisés pour toxicomanes de la Kaz'Oté. En 2007 et 2008, nous avons observé une augmentation croissante de notre file active en âge d'être scolarisée et davantage de précocité dans les poly-consommations d'alcool, de tabac, de *zamal* (cannabis *sativa* local) et de médicaments détournés de leur usage thérapeutique. Cela s'explique en partie par le nombre important de mineurs de plus de 16 ans et de jeunes adultes de moins de 25 ans qui ne sont plus scolarisés au moment de leur première consultation dans notre structure dont le plus jeune patient poly-toxicomane est âgé de 11 ans. Cependant si l'on se réfère aux études disponibles, il n'y a pas d'évolution significative concernant les usages d'alcool entre les résultats de l'étude ESCAPAD de 2003 et ceux de 2005[3]. Par rapport à la France métropolitaine, les jeunes Réunionnais semblent plus épargnés par les phénomènes d'alcoolisation, avec des usages d'alcool beaucoup moins élevés, à l'exception du rhum. En métropole, l'usage régulier et les ivresses répétées sont trois fois plus fréquents qu'à la Réunion ; *idem* pour le *binge drinking* qui concerne deux fois plus de jeunes en métropole[4]. De même, la Réunion est moins concernée par le tabagisme quotidien des jeunes. Les niveaux d'usage sont quasiment divisés par deux ici, et l'âge d'initiation et d'entrée dans le tabagisme quotidien s'avère plus tardif chez les jeunes Réunionnais[5]. Les niveaux de consommation du cannabis y apparaissent moins qu'en métropole, l'usage régulier étant déclaré par 11 % des métropolitains contre 4 % des Réunionnais. Les jeunes de métropole reconnaissent avoir consommé leur premier joint en moyenne environ trois mois avant les jeunes de la Réunion[6].

En France, dans le rapport type normalisé relatif aux « consultations jeunes consommateurs », on compare malheureusement, dans la rubrique « âge de la première consommation », la première ivresse (pas le premier verre) et la consommation (qui reste souvent expérimentale) du premier joint

3. http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas/2005.html.
4. Rapport 2008 de l'Observatoire régional de la santé (ORS) : « Ètat de santé de la population à la Réunion » : http://www.orsrun.net/.
5. *Ibid.*
6. *Économie de la Réunion*, n° 129, 2007 : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/prodser/pub_elec/revue/revue129/revue129_drogue.html.

de cannabis… La façon de considérer la dangerosité des drogues dans notre pays est plus liée à la durée de leurs présences respectives dans notre histoire et notre culture qu'aux connaissances scientifiques passées et actuelles. Les produits venus d'ailleurs ou récents sont toujours diabolisés tandis que ceux produits et consommés chez nous depuis longtemps sont encore banalisés. Pourtant, l'OMS considère l'alcool et le tabac comme des drogues à part entière, et nous sommes l'un des rares pays où, pendant très longtemps, il y a eu, d'une part, des services d'alcoologie dans les hôpitaux financés par l'assurance-maladie, et d'autre part, des centres spécialisés pour toxicomanes (classés « délinquants » depuis la loi du 31 décembre 1970) financés par des budgets d'État. Avec la mise en place de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies (MILDT), la France s'est lancée dans l'addictologie, rejoignant ainsi enfin les préconisations de l'OMS concernant le traitement de la dépendance à tous les produits psycho-actifs. L'alcoolisme et le tabagisme sont donc inclus dans son domaine de compétence. On sait en outre aujourd'hui, même dans notre pays, que la gravité d'une addiction est peu relative au produit consommé mais beaucoup plus à la façon de le consommer. De nombreux scientifiques ont montré que les attitudes addictives caractérisées par l'absence de prise de drogues exogènes (jeu compulsif, boulimie, nymphomanie, cleptomanie, etc..) doivent être traitées comme toutes les autres dépendances toxicomaniaques. Elles relèvent donc clairement de l'addictologie[7].

Les professionnels de l'Éducation nationale sont souvent pris dans une double contrainte : faire respecter la loi au sein de l'établissement scolaire et venir en aide à leurs élèves qui consomment des psychotropes. Pourquoi ces deux missions sont-elles contradictoires ? Aider un adolescent dépassé par des consommations régulières ou abusives implique de développer une relation de confiance avec lui et donc d'être en mesure d'entendre qu'il puisse, à certains moments de sa vie, ne plus respecter les lois sur les stupéfiants. C'est pourquoi il est très difficile de régler ce type de comportement dans l'enceinte des établissements. Le risque est que les problèmes de consommation soient perçus comme étant la cause des problèmes de l'élève et non les conséquences. Si l'élève arrête de consommer, il n'aura donc plus de problème… La réalité est cependant toujours plus complexe.

Notre association travaille depuis de nombreuses années maintenant avec l'Éducation nationale. Dans cet article, nous proposons de présenter brève-

7. *Cf.*, sur le site http://www.legifrance.fr, les décrets relatifs à la mise en place des futurs CSAPA (centres de soins, d'aide et de prévention en addictologie) au chapitre « nouvelles missions ».

ment la manière dont nous travaillons avec les adolescents qui consomment des drogues, qu'elles soient licites ou non.

1. Présentation de notre structure

A. Création et objectifs de l'association

Le réseau Oté (Ouvertures thérapeutiques et éducatives) s'est constitué en 1996 en réunissant des professionnels du milieu médical (médecins scolaires, généralistes, psychiatres, pédopsychiatre), du milieu paramédical (psychologues, thérapeutes familiaux, infirmiers), du milieu social (assistantes sociales scolaires, éducateurs spécialisés) et du milieu judiciaire (substitut du procureur et gendarme « formateur relais antidrogues »), insatisfaits de la quasi-absence de réponse adaptée pour les usagers de drogues autres que l'alcool.

Après deux années de réflexion sous forme de rencontres mensuelles, un consensus fut trouvé pour élaborer des réponses adaptées à notre contexte en matière de prévention, d'intervention précoce et de soins en addictologie. Ce consensus se décline en quatre axes :

- la réduction des risques (RDR) ;
- une prise en charge globale : bio-psycho-sociale, sans hiérarchisation d'un aspect par rapport à l'autre ;
- une analyse systémique des situations de personnes souffrant d'addictions (Étude des interactions entre le patient désigné et son entourage, analyse de la fonction de l'addiction dans le système familial) ;
- la gestion expérientielle qui vise à donner l'accès à un mode de vie optimal : la personne trouve un nouvel équilibre avec le plus de satisfaction possible tout en respectant ses limites biologiques, psychologiques et sociales, dont la loi.

Qu'on agisse en prévention, en intervention précoce ou en soin, il est important que le sujet auquel on s'adresse puisse se retrouver sans se sentir jugé dans la description que l'on fait de son contexte de vie dans lequel viendra s'inscrire notre action.

B. La Kaz'Oté

La Kaz'Oté est une structure médico-sociale qui gère deux activités distinctes : d'une part, un centre de soins spécialisé pour toxicomanes (CSST) et d'autre part, un centre d'accueil et d'accompagnement vers la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARRUD). Ces deux structures sont financées par l'assurance-maladie – autrement dit par la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) – et contrôlées par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de la Réunion.

Le centre de soins fonctionne le matin sur rendez vous (9 heures 30 / 12 heures 30) et le centre d'accueil l'après-midi (13 heures 30 / 17 heures 30). La différence fondamentale vient du fait que, dans le cadre du CAARUD, nous accueillons des personnes, parfois « sous effets », qui ne sont pas obligatoirement en demande de soins vis-à-vis de leurs problèmes de consommation. Ceci est bien évidemment valable pour les jeunes, et la manière dont un adolescent entre en contact avec notre structure influera sur le type de prise en charge.

2. Le cas particulier de la prise en charge des adolescents

L'adolescence est l'âge des expérimentations, de la prise de risques, de la recherche de sensations nouvelles et fortes. Il est donc fréquent qu'à cet âge certains jeunes fassent l'essai de substances psycho-actives. La plupart d'entre eux resteront au stade de l'expérimentation, mais une minorité ira au-delà, deviendra dépendante d'un ou de plusieurs produits psychotropes et adoptera éventuellement d'autres comportements à risques pouvant parfois aller jusqu'à la mort. L'usage de drogues légales ou illicites peut être expérimental, occasionnel, régulier, allant jusqu'à la surconsommation.

Lorsque nous accueillons un jeune, nous ne savons pas *a priori* à quelle catégorie de consommateur il appartient. Est-ce un jeune en grande souffrance, dépassé par des consommations abusives et des conduites d'autodestruction ? Ou, au contraire, est-ce un adolescent qui a fait quelques expériences dans un cadre festif et qui ne met finalement pas son avenir en danger ? La question de l'évaluation est donc centrale dans la prise en charge et dans les modalités d'intervention qui en découlent. Notre travail consistera a aider le jeune à évaluer lui même son contexte, son style de vie, son type de personnalité et sa façon de consommer. Il faudra ensuite l'assister pour mettre en relation toutes ses « auto évaluations » en vue de lui faciliter la

compréhension de la fonction de son addiction (accès à de nouveaux plaisir ou stratégie d'évitement de la souffrance par exemple). Ce cheminement lui permettra d'envisager un (des) changement(s) motivé(s) par la recherche d'un nouvel équilibre plus satisfaisant pour lui et mieux accepté par son entourage. Enfin en valorisant un jeune pour être resté acteur dans l'évolution de son suivi, il pourra plus facilement faire le choix soit de diversifier ses plaisirs, soit de soigner sa souffrance autrement qu'en consommant des drogues.

Nous utilisons différents tests d'évaluation et d'auto-évaluation pour les addictions les plus usitées :

- Le profil autonome de consommation (PAC) issu de la gestion expérientielle. Il permet au jeune de faire un historique de toutes ses consommations (avec fréquence, intensité, mode opératoire, âge de début et évolution de sa consommation pour chaque catégorie de psychotropes utilisés) puis de visualiser (par des courbes) l'évolution de la place de la consommation dans sa vie, son niveau de plaisir quand il consomme mais aussi quand il ne consomme pas. Enfin, ce test lui permet d'évaluer le niveau de risque qu'il pense prendre.
- Le graphique de satisfaction et de motivation aux changements issu de l'analyse systémique. Il cote le niveau de satisfaction dans chaque domaine important de la vie de la personne concernée et son impression de satisfaction générale. Puis de la même façon est évaluée la motivation aux changements afin de pouvoir déterminer sont les axes de travail à prioriser pour être plus heureux (individu, contexte, consommation).
- Le test de Prochaska et Di Clemente, issu des thérapies cognito-comportementales, qui permet à une personne de savoir à quel stade (parmi six identifiés) elle se trouve dans sa consommation, puis de connaître les enjeux, le défi à relever et les moyens d'y parvenir, enfin, les stratégies à mettre en place pour ne pas rechuter.

On peut utiliser aussi des tests propres à chaque psychotrope (audit et *Short mast* par exemple, pour l'alcool et le tabac) et différents tests de personnalité. Exemple : le *Jag Tam*, qui permet de savoir si on a plus tendance à être à l'aise dans un mode de vie sécuritaire ou maximal ou si l'on oscille entre les deux. Ce test permet en outre de comprendre pourquoi on préfère les drogues qui accélèrent (stimulants), celles qui ralentissent (dépresseurs) ou celles qui peuvent faire l'un ou l'autre (perturbateurs) en fonction de l'état moral et physique. Au fil des entretiens, la confiance entre le jeune et notre intervenant apparaît de plus en plus forte et permet à terme une meilleure gestion de sa vie, avec, le plus souvent, une baisse de sa consommation voire un arrêt si c'est l'objectif qu'il s'est fixé.

A. Les consultations « jeunes consommateurs »

Depuis 2007, l'État a mis en place, dans le cadre des centres de soins, des « consultations avancées de cannabis » à destination des jeunes de moins de 25 ans. Mais après quelques mois de fonctionnement, il est devenu évident qu'il fallait élargir les consultations à la consommation de tous les autres produits psycho-actifs. Ces consultations furent rebaptisées « jeunes consommateurs ». Nous observons à ce niveau une progression régulière de la file active des jeunes scolarisés qui, comme les autres (non scolarisés), viennent aussi de plus en plus souvent dans le cadre d'une injonction thérapeutique en alternative aux poursuites pénales (loi du 31 décembre 1970).

Nous observons que, dans ce cadre, les jeunes sont rarement demandeurs. En effet, ils sont souvent accompagnés d'un ou plusieurs adultes qui peuvent être les parents, un éducateur spécialisé, une assistante sociale ou un membre de l'entourage qui s'inquiète pour eux. Nous recevons aussi fréquemment des adolescents orientés par un professionnel de l'Éducation nationale : médecin, infirmier, assistante sociale, psychologue scolaire ou conseiller principal d'éducation. Le contact est pris avec notre association en général après une situation dite de crise : épisode de consommation massive, jeune pris en possession de drogue (alcool, cannabis, autres médicaments détournés de leur usage thérapeutique), mais aussi parfois pour des raisons plus subjectives : « mon enfant rentre de l'école avec les yeux rouges », « il a de mauvaises fréquentations » ou « ses notes baissent anormalement ».

Notre première démarche est multiple. Nous devons répondre à la demande d'aide de l'adulte ou de l'institution et nous devons évaluer l'état du jeune afin de proposer un suivi spécialisé si besoin est. Le premier entretien se fait donc avec un professionnel de La Kaz'Oté, l'adolescent et le ou les adulte(s) en demande. Nous allons chercher à trouver un consensus. Nous laissons l'adulte exposer la situation et ses craintes. Nous évitons alors de prendre parti pour lui en adoptant une attitude de neutralité afin de ne pas nous décrédibiliser auprès de l'adolescent. N'oublions pas que la version de l'adulte n'est que son point de vue : nous gardons en tête la possibilité que ses angoisses ou ses représentations des addictions lui fassent exagérer les risques réels encourus. Nous avons aussi en tête que l'adulte et le jeune peuvent être dans une situation d'escalade symétrique : prendre d'emblée le parti de l'un ou de l'autre peut accentuer le phénomène et ainsi augmenter la gravité des symptômes de mise en danger qui ont conduit ces personnes jusqu'au centre. Dans un premier temps, nous invitons l'adolescent à suivre trois entretiens. Nous reformulons ce que nous avons compris de sa situation avec le moins de jugement possible et recherchons un début d'alliance tout en aigui-

sant sa curiosité. S'il est là, c'est que, d'une manière ou d'une autre, il s'intéresse à la question des drogues et de leurs effets. Nous lui proposons alors de participer à une première séance individuelle d'information sur les différentes « drogues » exogènes mais aussi endogènes (adrénaline, endomorphine, etc.) fabriquées et gérées par notre organisme, et leurs effets sur le corps. Ensuite, nous ferons avec lui, lors des deux autres consultations, des tests d'auto-évaluation concernant ses consommations et analyserons comment elles s'inscrivent dans sa vie en général. Nous lui proposons ainsi d'apprendre à mieux se connaître afin qu'il soit lui-même en mesure de faire les choix qui seront les plus adaptés à sa situation. Chaque entretien dure de une à deux heures.

L'adolescent accepte quasi systématiquement cette démarche. En effet, ce choix n'est pas trop contraignant pour lui et il lui permet en même temps de faire baisser dans l'immédiat la tension ou l'incompréhension avec l'adulte, ce dernier trouvant aussi une réponse à sa demande ou à son inquiétude. La séance d'information est primordiale car c'est là que l'intervenant doit asseoir sa crédibilité en présentant les choses de manière honnête, scientifiquement exactes et loin de toute idéologie, qu'elle soit répressive ou laxiste. Les adolescents ont en effet souvent du mal à faire confiance aux adultes sur le sujet des drogues, jugeant qu'ils ont des représentations catastrophistes et moralistes. Nous nous efforçons donc d'avoir un message réaliste, sans exagération ni banalisation.

À la fin de ces séances d'évaluation (déjà abordées ci dessus), nous devons être capables d'avoir gagné la confiance de l'adolescent, d'avoir mesuré le degré de dangerosité de ses consommations et de proposer, grâce à notre équipe pluridisciplinaire, un suivi adapté :

- suivi socio-éducatif avec un travailleur social ;
- suivi psychologique avec un pédopsychiatre ou un psychologue ;
- suivi médical avec un médecin ou un infirmier ;
- une thérapie familiale avec, si possible, tous les membres de la famille : étude de la communication et des interactions au sein du système que compose cette famille, réalisés par deux thérapeutes formés à cette approche systémique ;
- ou l’arrêt du suivi parce que notre évaluation a mis en évidence son inutilité. Cet arrêt sera évidemment motivé et expliqué aux personnes à l'origine de la demande.

Chaque solution n'exclut pas l'autre. C'est souvent un travail en équipe qui permet l'évolution positive du comportement de l’adolescent. Nous devons nous adapter au problème particulier de chaque jeune qui pousse la porte de notre structure.

B. Les thérapies familiales systémiques

Ce type de thérapie est né aux États-Unis à la fin des années cinquante puis s'est perfectionné notamment en Italie et en Belgique avant d'être utilisé en France. Le principe de base est fondé sur le fait que dans tout système composé d'humains (couple, famille, systèmes scolaires et/ou professionnels), il est impossible de ne pas communiquer (de façon analogique ou/ou digitale). Cette communication engendre forcément des interactions entre les personnes qui composent un même système. L'étude de ces interactions permet de comprendre par exemple qui souffre, qui demande ou refuse un changement, ou encore, qui est désigné comme étant le perturbateur du système. Cela permet aussi de mettre en évidence non seulement ce qui relève d'un fonctionnement de cause à effet(s) mais aussi et surtout ce qui s'inscrit dans la circularité du fonctionnement familial (héritage(s) presque toujours inconscient des générations précédentes de chaque membre qui compose une famille). Le but est de rétablir une bonne communication afin d'obtenir des interactions plus constructives, seules capables de permettre des changements consensuels répondant aux demandes de chacun.

Cette option est privilégiée lorsque la consommation du jeune a une fonction dans le système familial. Prenons l'exemple d'un adolescent qui a mal supporté la séparation de ses parents. Il peut se rendre compte qu'en posant des actes qui vont les inquiéter, comme rentrer ivre ou se faire prendre par un surveillant d'établissement avec des drogues illicites, il va forcer ses deux parents à se réunir pour trouver des solutions à son comportement (exemple : venir ensemble à des convocations le concernant), que cela soit en milieu scolaire ou non. Dans ce cas, un suivi individuel aura des résultats souvent limités. L'élève ne consomme pas par plaisir, il ne consomme pas pour braver un interdit, se faire du mal ou soigner une dépression par « automédication ». La fonction de sa consommation est d'interpeller voire de réunir ses parents.

Les entretiens familiaux, en permettant à la famille de comprendre à quoi sert son addiction, pourront l'amener à trouver d'autres moyens de fonctionner en évitant que le jeune utilise ses consommations de drogue(s) pour « communiquer » avec ses parents. De plus, ils contribueront à dédramatiser les comportements à risques constatés.

Concernant les élèves qui se font « dépister » en milieu scolaire, cette approche donne souvent de bons résultats. En effet, un jeune qui ne veut pas être pris en possession de drogues ou « sous effets » pendant les heures de cours peut facilement atteindre cet objectif tout en consommant régulièrement. On peut poser l'hypothèse que s'il s'est fait prendre, c'est ce qu'il cherchait au fond de lui, plus ou moins consciemment. Une réponse à cet acte qui ne se situerait qu'au niveau de la sanction sans prendre en compte cet aspect

aurait, à notre sens, un impact thérapeutique limité. Il est néanmoins important, en termes de responsabilisation personnelle, pour un jeune qui cherche les limites de la loi (familiale, scolaire, sociale), qu'il puisse aussi les trouver. Il arrive cependant qu'une thérapie systémique soit difficile à mettre en place : c'est le cas, quand le jeune a trouvé dans son suivi un espace de discussion et de confiance, et qu'il ne souhaite pas qu'on implique le reste de sa famille. Il arrive aussi que certaines familles soient réfractaires à venir parler de leur propre fonctionnement (parfois par peur d'être jugées) ou ne comprennent pas pourquoi elles devraient se déplacer alors que c'est leur enfant qui présente un problème. Après explications, cela reste tout de même peu fréquent. Dans l'ensemble, les familles finissent par accepter de mobiliser du temps et de l'énergie pour trouver en commun une solution au problème lorsqu'il devient trop envahissant.

C. Les adolescents qui viennent sur le temps du centre d'accueil

Les jeunes qui passent par notre structure d'accueil « bas seuil » (peu d'exigences à l'entrée) ouverte l'après-midi ne sont généralement pas en demande de soins. Ils viennent pour prendre des préservatifs, boire un jus de fruit ou un café, lire le journal ou discuter avec un membre de l'équipe ou les autres personnes présentes. Ces passages sont l'occasion de tisser des liens, de créer une alliance en faisant preuve chaleur humaine voire d'empathie, ce qui facilitera à terme les demandes de conseils ou d'aide lorsque le jeune se sentira en confiance. Les règles de notre centre d'accueil garantissent l'anonymat, la libre adhésion. Les seules contraintes sont de respecter le lieu et les gens qui s'y trouvent, de ne pas consommer ou de trafiquer sur place, de ne pas se montrer violent verbalement ou physiquement et d'observer les heures d'ouverture et de fermeture.

Nous devons tout de même être vigilants avec les adolescents car nous ne pouvons pas accueillir tous les jours un jeune qui a moins de seize ans et qui est censé être en cours. Nous ne pouvons pas fermer les yeux non plus lorsqu'on comprend que nous sommes en face d'un (ou d'une) adolescent(e) en fugue. Dans ce cas, La Kaz'Oté sert de médiation entre le jeune et les adultes qui en ont la charge.

Le CAARUD permet aussi de créer des groupes de paroles informels. L'intervenant présent devient alors animateur de débats autour du risque, des plaisirs, des dangers, des angoisses et des souffrances ou, plus généralement, des aspirations de chacun. Cette année, un groupe de jeunes du quartier a progressivement investi le lieu et a fini par constituer un groupe de musique fonctionnant un soir par semaine, encadré par des travailleurs sociaux de

l'équipe « rue » de notre CAARUD qui les avait préalablement rencontrés sur leurs lieux de regroupement et de consommation.

En guise de conclusion

Le centre d'accueil offre donc aux adolescents qui le fréquentent un lieu de ressources où ils pourront trouver une écoute, de l'aide et un accès aux soins en cas de besoin. Il arrive que certains passent régulièrement pendant plusieurs mois voire plusieurs années avant qu'une demande de prise en charge ne soit formulée. Ce n'est que quand les inconvénients de sa consommation deviendront ingérables ou plus importants que les bénéfices qu'il en tire que le jeune sollicitera le membre de l'équipe avec lequel il se sent le plus en confiance.

Les lois, règles et limites inhérentes à tout système dans lequel évolue un adolescent doivent être respectées non seulement pour maintenir l'homéostasie de ce système mais également parce qu'elles contribuent à rassurer le jeune même s'il éprouve des difficultés à s'y plier. Ne pas trouver de limites génère de l'angoisse, mais éduquer ne peut se résumer à transmettre des interdits. L'équipe éducative scolaire, lorsqu'elle est confrontée à un jeune qui consomme des drogues doit jouer un rôle essentiel : en même temps lui rappeler le règlement, voire le sanctionner, mais aussi l'orienter vers une structure proche qui dispose de moyens nécessaires et adaptés pour le prendre en charge et le soigner.

La surconsommation régulière d'un jeune est presque toujours un symptôme de son mal-être. Maintenir un jeune en « bonne » santé consiste, d'après l'OMS, à toujours l'aider à accéder au bien-être biologique, psychologique et social... Il est plus efficient de l'aider à en identifier les causes qu'à se limiter à traiter les symptômes. Seule la compréhension de ces causes lui permettra de mettre en place de vraies solutions, plus efficaces que celles qu'il pensait avoir trouvées grâce à son addiction. Ce travail exige donc de la part des adultes responsables une capacité d'analyse et de compréhension qui, doit nécessairement passer par le maintien ou la restauration d'un bon niveau de communication. L'exclusion du jeune ne règle rien, renforce son mal-être et le pousse non seulement à consommer davantage mais aussi à ne plus avoir confiance en ceux qui étaient sensés l'éduquer.

Bibliographie

AUSLOOS Guy (1996), *La Compétence des familles*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

BLANCHARD Sandrine (2009), « Interdire, point barre », *Le Monde*, 19 février.

COUTERON Jean-Pierre et MOREL Alain (2008), *Les Conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*, Paris, Dunod.

FERRÉOL Gilles (sous la direction de) (1999), *Adolescence et toxicomanie*, Paris, Armand Colin, collection « Formation des enseignants / Enseigner ».

MINUCHIN Salvador et NICHOLS Michael Philip (1999), *La Guérison familiale. Mémoires d'un thérapeute*, Paris, ESF.

PATAUD Aymeric *et alii* (1999), *Tabac, alcool, drogues. Enquête épidémiologique auprès des étudiants de l'université de la Réunion (1999)*, Saint-Denis, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la Réunion / Université de la Réunion.

WATZLAXICK Paul, HELMICK BEAVIN Janet et JACKSON Donald D. (1979), *Une logique de la communication*, Paris, Le Seuil, collection « Points/Essais » (1re édition : 1972).

THERRIEN André (1994), *Quand le plaisir fait souffrir*, Saint-Laurent (Québec), Le Trécarré.