

Repérer précocement les adolescents présentant des conduites addictives et intervention brève : le « RPIB jeunes »

par les D^{rs} Philippe CASTERA*, Mélanie AFONSO** et Shérazade KINOANI***



* Professeur associé de médecine générale à l'Université de Bordeaux et coordinateur médical du réseau addictions Gironde Aquitaine (AGIR 33 Aquitaine) Département de médecine générale, Univ. Bordeaux F-33000 Bordeaux philippe.castera@u-bordeaux.fr

** Chef de clinique de médecine générale à l'Université de Bordeaux, Département de médecine générale, Univ. Bordeaux F-33000 Bordeaux melanie.afonso@u-bordeaux.fr

*** Assistante associée de médecine générale à l'Université de Bordeaux et secrétaire adjointe du réseau addictions Gironde Aquitaine (AGIR 33 Aquitaine)
1. Département de médecine générale, Univ. Bordeaux
2. Univ. Bordeaux, UMR1219
3. INSERM, team HEALTHY, UMR1219 sherazade.kinouani@u-bordeaux.fr

Les mésusages d'alcool sont très fréquents dans la population générale. Le généraliste a un rôle central dans le repérage de ces situations et il est particulièrement bien placé pour le faire. Il est recommandé de repérer à tous les âges de la vie. Comment le faire chez les adolescents ? Cet article va vous mener par la main pour y arriver aisément.

Prétest	Vrai	Faux
1. Il est difficile pour un généraliste de dépister un trouble d'usage d'une substance chez le jeune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le repérage précoce et l'intervention brève sont utiles mais les résultats obtenus sont faibles. La méthode n'est donc pas recommandée par l'OMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le fait que les deux parents travaillent est associé au risque de mésusage d'une substance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses en page 27.

ABSTRACT

Adolescence is a key moment in terms of identifying malaise and risky behaviors. Early identification and brief intervention (young EIBI) has thus been developed for, but not limited to, general practitioners. First tracking by validated tests and then an intervention taking up the postures of active listening, with a patient-focused approach.

Keywords : youth, addictions, general medicine, intervention.

L'adolescence, transition entre l'enfance et l'âge adulte, est le fait de transformations multiples permettant au jeune de construire son identité d'adulte sexué, autonome et intégré dans la société¹. Malgré les difficultés inhérentes à ce passage, la majorité des jeunes disent se sentir bien, moyennant quelques prises de risque transitoires. Certains adolescents vont cependant éprouver des difficultés, la prévalence annuelle des épisodes dépressifs majeurs étant de 4%² et le suicide la seconde cause de mortalité³.

Selon l'enquête ESCAPAD 2014, réalisée lors des journées défense et citoyenneté, obligatoires pour tous les jeunes français, 58,9% des jeunes de 17 ans ont expérimenté l'ivresse, dont 25,3% au moins 3 fois dans l'année. Parmi ces jeunes, 32,4% sont des fumeurs quotidiens de tabac et 21,8% fument du cannabis plus de 3 fois par mois⁴. Cette enquête permet d'identifier **des facteurs associés aux**

RÉSUMÉ

L'adolescence est un moment clé en termes de repérage du mal-être et des comportements à risque. Le repérage précoce et intervention brève (RPIB jeunes) a ainsi été développé à destination, notamment, des médecins généralistes. Il s'agit d'un repérage par des tests validés puis d'une intervention reprenant les postures de l'écoute active, avec une approche centrée patient.

Mots-clés : jeunes, addictions, médecine générale, intervention précoce.



mésusages : la sortie du système scolaire, la famille recomposée ou monoparentale, le fait que les deux parents travaillent, les milieux plus favorisés, pour tous les produits ; le sexe masculin pour l'alcool et le cannabis, le sexe féminin pour les psychotropes.

L'adolescence est ainsi un moment clé en termes de prévention primaire et de repérage du mal-être et des comportements à risque. Ceci d'autant plus que les comportements acquis à cet âge auront tendance à perdurer à l'âge adulte avec leurs conséquences.

Depuis son apparition dans les années 80, le repérage précoce et intervention brève (RPIB) a démontré son efficacité dans de nombreuses études internationales, notamment sur la réduction des consommations à risque d'alcool de l'adulte⁵. Depuis 2006, une circulaire encourage la diffusion de cette pratique, en France⁶.

Selon l'OMS, le RPIB, dans le cadre de la dépression et des conduites à risque des adolescents, a un bon rapport cout-efficacité^{7,8}.

Le RPIB jeunes a ainsi été développé, en Aquitaine, dans la suite de l'expérience du RPIB alcool, avec pour adaptation majeure un recentrage sur le patient et non plus sur le produit.

Les objectifs du RPIB jeunes sont :

- repérer précocement les jeunes qui commencent à aller mal et/ou débutent des usages potentiellement addictifs ;
- intervenir brièvement autour d'objectifs ciblés à ces stades précoces en éveillant la vigilance du jeune ;
- orienter vers les consultations jeunes consommateurs (CJC) ou les services spécialisés en addictologie ou psychiatrie infanto-juvénile lorsque la situation le justifie.

Il ne s'agit pas d'aborder la prise en charge des jeunes présentant déjà des problématiques lourdes et évidentes.

Nous allons décrire ici les cibles, les outils de repérage, les méthodes et postures d'intervention, les moyens pédagogiques et les résultats attendus.

Les cibles

Les jeunes consultent assez peu les médecins généralistes, ou pour des motifs bénins, sans dévoiler, souvent, leur mal-être sous-jacent⁹. Toutefois, l'entourage livre beaucoup d'informations et les professionnels disposent généralement d'indices qui doivent éveiller leur vigilance.

La quasi-totalité des adolescents sont scolarisés au moins jusqu'à l'âge de 16 ans. L'infirmier scolaire est le deuxième professionnel de santé le plus consulté par les adolescents, après le médecin généraliste (MG)¹⁰.

Nous avons ainsi les deux cibles à privilégier pour les formations au RPIB jeunes. Beaucoup d'autres sont possibles, comme les enseignants, les éducateurs, notamment sportifs et tout professionnel en contact avec ce public.

Le jeune de 12 à 18 ans est la cible de l'intervention.

Au stade de l'expérimentation, dans la découverte associée aux premières prises de risques, il explore l'alcool, souvent en famille, puis le tabac et enfin le cannabis. Sauf exception, il dit qu'il se sent bien. Pour la plupart, les usages vont s'arrêter ou se limiter à des consommations conviviales entre pairs. Pour certains, les usages puis les mésusages vont s'installer du fait des avantages variés qu'ils peuvent y trouver. Plus le repérage se veut précoce, plus il doit être systématique.

Les outils de repérage

Le mal-être de l'adolescent s'exprime par des « symptômes de rupture » très variés, les prises de risque pouvant entrer dans un processus « normal » de construction. Toutefois, leur précocité (P), leur intensité (I) et leur répétition (R) doivent alerter, d'autant plus si elles sont pratiquées en solitaire et mènent le jeune à s'exclure (E) de sa communauté¹. L'acronyme mnémotechnique « **PIRE** », a été ainsi développé par le Réseau addictions Gironde Aquitaine (AGIR 33 Aquitaine) pour le « RPIB jeunes ». Les adolescents à risque suicidaire multiplient ces symptômes de rupture^{2,3}. Cet acronyme est également valable pour les consommations de substances psychoactives. Ainsi, si on ne s'inquiète pas outre mesure d'un jeune qui consomme deux ou trois cigarettes, de temps en temps, en groupe et à 17 ans, il en est tout autrement, s'il a treize ans, fume tous les jours plus de 5 cigarettes, souvent en solitaire.

L'utilisation de questionnaires simples et validés peut aider les professionnels de premier recours à repérer les conduites à risque des jeunes.

Pour le repérage du mal-être des jeunes, nous avons fait le choix d'utiliser le « TSTS-CAFARD »¹¹. Cet hétéro-questionnaire a l'avantage d'être court, performant et de s'enquérir de la souffrance du jeune de manière anodine et indirecte (figure 1). Il a été construit suite à l'enquête « LYCOLL » menée chez 3800 jeunes scolarisés en troisième et seconde¹².

Dans les troubles de l'usage de substance, l'ADOSPA (figure 2) plus court et aux bonnes performances diagnostiques (sensibilité= 92,8 %, spécificité= 77,1 %) a été retenu¹³.

TSTS CAFARD et ADOSPA ont été également recommandés par le groupe de travail de la Haute Autorité de Santé en 2005, pour le dépistage des

TSTS	
Traumatologie	« As-tu déjà eu des blessures ou un accident, même très anodins, cette année ? »
Sommeil	« As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »
Tabac	« As-tu déjà fumé, même si tu as arrêté ? »
Stress	« Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »

CAFARD en cas de réponse positive à l'un des items du TSTS		
Sommeil	-> Cauchemars	« Fais-tu souvent des cauchemars ? »
Traumatologie	-> Agression	« As-tu été victime d'une agression physique ? »
Tabac	-> Fumeur quotidien	« Fumes-tu tous les jours du tabac ? »
Stress scolaire	-> Absentéisme	« Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »
Stress familial	-> Ressenti familial Désagréable	« Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

À partir de 2 réponses positives, que ce soit au TSTS et/ou au CAFARD, l'intervenant doit s'enquérir de l'existence ou non d'idées suicidaires chez l'adolescent.

Figure 1 : Questionnaire de dépistage du mal-être et du risque suicidaire chez les adolescents : Le TSTS- CAFARD d'après Binder et al. (2004).

Question	Oui	Non
1. Es-tu déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (toi y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?		
2. Utilises-tu de l'alcool ou d'autres drogues pour te détendre, te sentir mieux ou tenir le coup ?		
3. As-tu déjà oublié ce que tu avais fait sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues ?		
4. Consommes-tu de l'alcool et d'autres drogues quand tu es seul(e) ?		
5. As-tu déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?		
6. Tes amis ou ta famille t'ont-ils déjà dit que tu ferais bien de réduire ta consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?		

Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives

Figure 2 : Questionnaire ADOSPA d'après Karila et al. (2007).

conduites à risque de l'adolescent, que ce soit en médecine générale ou en milieu scolaire¹⁴.

De manière très pragmatique, en médecine générale, à la fin d'une consultation ayant eu un motif autre et souvent banal, une question ouverte du type « et à part ça, comment ça va ? Rien d'autre ? » peut permettre au jeune qui le souhaite d'évoquer certaines difficultés.

Les méthodes et postures d'intervention

Chez l'adolescent, plusieurs études valident l'utilisation des interventions brèves (IB), notamment dans le domaine des conduites addictives où elles démontrent une diminution des consommations chez les jeunes consommateurs à risque et une réduction des complications liées à l'usage de substances^{15,18}.

Les interventions brèves proposées amènent le professionnel à travailler sur sa posture plus qu'à apprendre des méthodes théoriques, des pratiques techniques ou des formes de manipulation. Elles reprennent des positionnements proposés dans des approches déjà bien développées.

L'exploration de la perspective du jeune reprend l'acronyme « **VRAI** » de l'approche centrée patient, pour vécu (V), représentations (R), attentes (A), important (I).

Le positionnement du professionnel repose sur l'acronyme « **OUIVER** » de l'écoute active, pour questions ouvertes (OU), valorisation (V), empathie (E) et reformulation/résumé (R)

Le cadre théorique du déroulé de l'intervention brève repose sur l'acronyme anglo-saxon « **FRAMES** » pour *feed back* (F), *responsability* (R), *advice* (A), *menu* (M), *empathy* (E) et *self efficacy* (S).

Selon ses compétences et les circonstances, le professionnel peut déployer l'intervention brève en un entretien motivationnel, ce qui dépasse le cadre du RPIB jeunes.

Le professionnel garantit au jeune la confidentialité de l'entretien, avant toute chose, et lui montre autant qu'il lui dit l'intérêt qu'il a pour lui en tant que personne, bien au-delà de ses simples comportements ou consommations. Il respecte le « temps du patient », l'engagement dans un changement pouvant être long et difficile.

Le déroulement en pratique de médecine générale

Les questions du TSTS CAFARD s'intègrent facilement dans la consultation de médecine générale, sans que ceci nuise au naturel de la relation. L'ADOSPA est proposé si le jeune fume ou évoque des consommations. L'intervention va alors se centrer sur une problématique faisant problème au jeune en utilisant le *feed back* : « Si j'entends bien ce que vous me dites, vous consommez du cannabis et votre copine vous en fais le reproche ? ». Il s'agit alors, dans la foulée de cette question, d'amener le jeune à se responsabiliser, à



prendre en main la réflexion : « qu'en pensez-vous ? Comment le vivez-vous ? ». Le jeune est amené ainsi à donner son avis. Nous serons éventuellement amené à donner le nôtre, si nécessité, mais le moins possible. Le plus important est d'amener le jeune à avancer avec le maximum d'autonomie.

« Que pensez-vous faire ? ». Si le jeune a du mal à avancer, un menu de solutions lui sera proposé en évitant de lui donner une seule solution, la nôtre. Faire un choix dans un menu laisse une liberté de décision, favorable au changement. L'intervention brève nécessite une posture empathique, sans jugement, ouverte, utilisant le renforcement positif du sentiment d'efficacité personnelle.

Le RPIB peut aussi se centrer sur l'orientation vers une consultation spécialisée ou sur l'acceptation d'un rendez-vous spécifique. Le temps du patient, surtout quand il est jeune, est un facteur majeur dont il faut en permanence tenir compte.

Les moyens pédagogiques

La formation des professionnels privilégie trois axes :

- LA RENCONTRE – Faciliter la communication et devenir une ressource pour le jeune
 - aborder les « choses » et laisser les « choses » se dire ;
 - se centrer sur le jeune et ce qui fait problème pour lui ;
 - concilier un espace libre de parole, avec un minimum d'éléments à repérer, pour mieux se connaître.

Ces objectifs pédagogiques supposent souvent des changements de postures pour le professionnel et un apprentissage avec mises en situation.

- LE SAVOIR – Améliorer la compétence et la confiance des professionnels
 - s'intéresser aux modes de consommation des jeunes ;
 - savoir détecter les risques liés aux consommations et aux comportements ;
 - savoir différencier ce qui est banal de ce qui est inquiétant ;
 - connaître et savoir utiliser la méthode d'intervention brève.
- LE PARTENARIAT – Partager des compétences autour du jeune pour pouvoir intervenir de manière appropriée et efficace
 - connaître les ressources sur le territoire et à distance ;
 - avoir des connaissances, des outils et des discours partagés ;
 - mieux communiquer avec les structures spécialisées locales ;
 - savoir orienter avec pertinence selon les besoins.

Ces objectifs supposent d'organiser les soins dans l'environnement des professionnels. Il s'agit de favoriser la transversalité, la coordination des soins, et surtout de proposer des solutions d'aval pour les jeunes les plus en difficultés.

Les moyens pédagogiques proposés sont multiples et adaptables en fonction des publics, des objectifs et du temps de la formation : photo-langage, vidéos, théâtre forum, jeux de rôles par trinômes (professionnel, jeune, observateur), jeux interactifs...

Les résultats attendus

Une étude de type avant/après formation a été réalisée auprès de 199 professionnels de santé et du social de l'éducation nationale, en Gironde¹⁹. Tous les critères de jugement ont évolués favorablement et plus particulièrement les sentiments de savoir aider les jeunes ($p < 0,001$) et de savoir les orienter ($p < 0,001$).

Ainsi, les professionnels formés se sentaient plus à l'aise, avec un sentiment de compétence amélioré, une sécurité plus grande et une orientation plus maîtrisée.

D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'impact de la formation sur les jeunes eux-mêmes.

Conclusion

Le repérage précoce des conduites addictives chez les jeunes relève de l'entourage du jeune et des professionnels en contact avec lui, bien au-delà des seuls professionnels de santé. Les indices, souvent indirects, doivent être connus pour éveiller la vigilance.

L'entrée du jeune dans un parcours de santé, quand cela est nécessaire, doit pouvoir se faire par toutes les portes qu'il est susceptible de choisir.

L'abord dépend plus d'attitudes adaptées que de protocoles ou questionnaires standardisés. Le médecin généraliste doit, lui, apparaître comme un interlocuteur privilégié, respectant la confidentialité tout en étant médecin de la famille.

Le RPIB jeunes, bien que proposant une méthode de repérage et d'intervention, correspond plus à un contenu pédagogique partagé que des professionnels sont amenés à s'approprier dans le cadre d'ateliers transversaux. Les apprentissages acquis pourront être exploités bien au-delà des seules indications et du public jeune.

Bibliographie

1. Alvin P, Marcelli D, Bader-Meunier B, Baruchel A. Médecine de l'adolescent. 2e ed, Elsevier Masson, 2005.
2. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012; 17: 379.
3. Inserm-Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Principales causes de décès des jeunes et des enfants en 2011 en France métropolitaine. [En ligne] [Consulté le 5 déc 2013] Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATCCJ06206®_id=0
4. Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances, OFDT*, n° 100, 2015, 8p.
5. Castera Ph, Kinouani S, Joseph JPh. Repérage précoce et intervention brève. Succès et limites. *Alcoologie et Addictologie* 2015; 37: 85-92.
6. République Française. Circulaire DGS/SD6B n°2006/449 du 12 Octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie. *Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 2006/11: 121-6*.
7. Organisation mondiale de la santé. Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Genève: OMS, 2005: 115p.
8. Horowitz LM, Ballard ED, Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr Opin Pediatr* 2009; 21: 620-7.
9. Beck F, Richard JB, dir. Les Comportements de santé des jeunes. *Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint Denis: Inpes, coll. Baromètre santé, 2013: 344p.
10. Choquet M, Pommereau X, Lagadic C, Cottin K. Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Paris: Ed INSERM, 2001: 73 p.
11. Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents (I), Conception d'un test et validation de son usage. *Rev Prat Med Gen* 2004; 18: 576-80.
12. Binder P, Chabaud F, Balima S, Saillard C, Robin S, Taugourdeau R, Choquet M. Nouvelles démarches épidémiologiques : une enquête issue du terrain auprès de 3800 adolescents. *Rev de Santé Pub* 2001; 13: 367-77.
13. Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. *Presse Med* 2007; 36: 582-90.
14. Haute autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. St Denis: HAS, 2005: 17p.
15. Crawford MJ, Thana L, Methuen C, Ghosh P, Stanley SV, Ross J, et al. Impact of screening for risk of suicide : randomised controlled trial. *British J Psychiatry* 2011; 198: 379-84.
16. Tevyaw TO, Monti PM. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse : Foundations, applications and evaluations. *Addiction* 2004; 99 (Suppl. 2): 63-75.
17. American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse. Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment for pediatricians. *Pediatrics* 2011; 128: 1330-40.
18. Winters KC, Leitten W. Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting : Outcomes and mediating factors. *J Subst Abuse Treat* 2012; 42: 279-88.
19. Le Rouzic M, Frison E, Kinouani S, Maurice S, Bustos C, Castera Ph. « RPIB jeunes » : Impact des formations en santé scolaire. *Alcoologie et Addictologie*. 2015; 37: 223-32.

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Si la prise de risque est normale à l'adolescence, il convient cependant de dépister les mésusages (alcool, tabac, cannabis, psychotropes).
2. Le sexe masculin est un facteur de risque (FR) de consommation d'alcool, le sexe féminin est un FR de consommation de psychotropes.
3. Les acronymes utiles sont les suivants : PIRE pour le repérage, VRAI pour explorer les perspectives du jeunes et OUVRE pour le positionnement du professionnel.
4. TST-CAFARD et ADOSPA sont des questionnaires intéressants pour explorer d'une part le mal-être du jeune et d'autre part le trouble d'usage d'une substance.

La Rédaction