



**QUEL ACCOMPAGNEMENT  
POUR LES MNA  
CONSOMMATEURS DE DROGUES  
PRIS EN CHARGE PAR L'AIDE  
SOCIALE À L'ENFANCE ?**

CETTE JOURNÉE THÉMATIQUE A POUR BUTS D'AMÉLIORER LES CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS SUR LES CONSOMMATIONS DE DROGUES, ET DE RENFORCER LE TRAVAIL DE RÉSEAU POUR LES PRISES EN CHARGE CROISÉES ET L'ACCOMPAGNEMENT DE CES JEUNES. ELLE EST ORGANISÉE PAR LE SECTEUR ÉDUCATIF DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS (SEMNA) ET LA CELLULE SANTÉ (SDPPE) DE LA DIRECTION DES SOLIDARITÉS DE LA VILLE DE PARIS, EN PARTENARIAT AVEC LA MISSION MÉTROPOLITAINE DE PRÉVENTION DES CONDUITES À RISQUES (MMP CR) DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA VILLE DE PARIS

# 1 LES PRODUITS CONSOMMÉS PAR LES JEUNES ET LEUR PLACE DANS LES PARCOURS DE VIE ET DE MIGRATION

## > USAGE DE DROGUES ET PARCOURS DE VIE DES MNA

Clément Gérôme, rappelle que l'Observatoire français des drogues et tendances addictives (OFDT) – groupement d'intérêt public créé 1993 – a vocation à éclairer le grand public, les décideurs politiques et les professionnels du champ de l'addictologie et de la réduction des risques ainsi que l'ensemble des personnes en contact professionnel avec les usagers de drogues. L'OFDT se compose d'une équipe pluridisciplinaire d'une trentaine de personnes, disposant d'une indépendance scientifique garantie par un collège de chercheurs compétents sur les questions liées aux usages de drogues. Il réalise des enquêtes ponctuelles ou permanentes : statistiques produites en population générale, baromètres santé, enquêtes Espad et Escapad. Il traite également des statistiques administratives émanant à la fois de la justice (réponses pénales aux usages de drogue), des forces de l'ordre (taux de pureté de drogues saisies) et des structures de soins. L'OFDT est sollicité pour évaluer les dispositifs de politique publique ou pour enquêter auprès de populations plus spécifiques, notamment les populations de *chemsex*eurs.

Le dispositif TREND permet de recueillir des informations sur les mineurs non accompagnés usagers de drogues, avec un double objectif de veille sanitaire et de compréhension des pratiques d'usage des personnes particulièrement consommatrices de drogues ou de médicaments détournés de leur usage thérapeutique. Les enquêtes s'appuient sur des entretiens individuels et collectifs, sur des observations directes de personnes en situation de marginalité sociale et économique, mais aussi en milieux festifs, techno, notamment. « *L'intérêt du*

*dispositif réside dans la mise à jour des logiques d'usage, dans une perspective dite "compréhensive".* »

Les informations collectées sur les usages de drogues et sur les conditions de vie de certains MNA ont été remontées mi-2020, d'abord sur la coordination locale parisienne, puis sur différents sites métropolitains. Les informations sont recueillies auprès de soignants hospitaliers, de soignants en addictologie, de soignants au sein d'établissements pénitentiaires pour mineurs ou en garde à vue, mais également auprès de travailleurs sociaux, des forces de l'ordre et de traducteurs parfois présents lors de gardes à vue. Malgré la difficulté à recueillir la parole directe des MNA, un ancien coordinateur du site parisien, Grégoire Flye Sainte-Marie, réalisa, en 2019, des entretiens informels issus d'un travail de maraude avec l'association Charonne.

Les MNA observés par le dispositif TREND sont principalement des adolescents ou de jeunes adultes, originaires du Maghreb (Maroc, Algérie, Tunisie), dont le statut administratif n'est pas nécessairement connu. « *Ils dorment dans des appartements squattés ou des abris de fortune de l'espace public, des structures d'hébergement ou à l'hôtel. Inscrits dans la petite délinquance pour des raisons économiques, ils occupent parfois des positions subalternes dans les réseaux de vente de stupéfiants et sont particulièrement consommateurs de produits psychoactifs, avec très souvent des initiations précoces au pays d'origine.* »

Il est important de retenir que la compréhension des états sanitaires fortement dégradés, pour la plupart des jeunes, est intrinsèquement liée à leur parcours biographique et notamment migratoire, mais également à la violence de la vie à la rue. Les problèmes sanitaires en

lien avec la vie à la rue se retrouvent chez d'autres populations d'usagers en grande précarité.

Comme pour les autres populations d'usagers de drogues en grande précarité, les consommations de psychotropes – principalement – associées le plus souvent à l'alcool visent à diminuer les douleurs somatiques et les souffrances psychiques. Elles provoquent de l'apaisement, permettent de réguler des angoisses liées au traumatisme et facilitent l'endormissement. Dans d'autres situations, elles ont un effet désinhibant qui permet au jeune d'avoir confiance en lui, répondant ainsi à un objectif de soutien pour mener des actions liées notamment à la délinquance, ce qui est le cas pour le Rivotril® et le Lyrica®. En outre, ces consommations de drogues occupent une fonction au sein des sociabilités juvéniles, lors de temps festifs et de partage avec les pairs.

Les personnes en contact avec ces jeunes doivent tenir compte de leur connaissance des différents produits, dosages et associations. Il n'en demeure pas moins que ces consommations exposent à des risques sanitaires, à des états de surdose, de dépendance, avec des symptômes de sevrage et des comportements hétéro ou auto-agressifs (scarifications). Ces consommations sont susceptibles d'évoluer en fonction de la disponibilité des produits sur les marchés locaux, mais également lorsque les groupes d'enfants ou de jeunes adultes sont en contact avec d'autres groupes d'usagers de drogues. Les MNA peuvent alors expérimenter des produits comme le crack ou le Subutex® et adopter une consommation plus régulière. Par ailleurs, le dispositif TREND observe que les restrictions de prescriptions de certaines molécules, imposées par un changement législatif, ont probablement induit un report sur d'autres médicaments.

L'extrait d'entretien ci-après souligne la fonctionnalité des produits selon les situations auxquelles ces jeunes sont confrontés et les actions qu'ils doivent accomplir : « *Il y a des consommations d'alcools forts, de cannabis. En médicaments, c'est Lyrica®, Rivotril® et tramadol. Une polyconsommation : ils fument, ils prennent des cachets, ils picolent et ça fait un cocktail. Ils savent ce qui leur correspond. Le Lyrica®, ça va les tasser et le Rivotril®, ça va les faire exploser. Selon ce qu'ils vont faire, ils savent quoi prendre. Ils gèrent leurs consommations en connaisseurs, à part les tout petits qui font n'importe quoi. Les plus grands maîtrisent – pas forcément les actes qui en découlent.* » [Intervenant social d'un centre départemental d'action sociale.]

La seconde partie de la note « Usage de drogues et conditions de vie des mineurs non accompagnés »<sup>1</sup> s'interroge sur les enjeux que représentent l'accompagnement sociosanitaire et l'accès aux soins, sachant que les populations étudiées dans le cadre du dispositif TREND ne sont pas représentatives des MNA arrivant en France. Leur recours ponctuel aux structures médicosociales vise à pallier les difficultés quotidiennes. En effet, ils se rendent à l'hôpital pour soigner les conséquences les plus immédiates de la vie à la rue, mais

fuguent souvent avant la fin de leur prise en charge. Ils sollicitent les associations pour accéder à l'hygiène, à un hébergement temporaire ou pour recharger leur portable, afin de communiquer avec leur famille restée au pays d'origine.

De multiples raisons concourent à la forte défiance de ces mineurs vis-à-vis des structures sanitaires et sociales, parmi lesquelles l'ancrage dans le groupe de pairs et l'impératif de survie, qui ne leur permet pas d'honorer les rendez-vous.

L'emprise des réseaux de criminalité est un sujet à documenter fortement, au-delà des quelques condamnations de personnes qui exploitaient des MNA en leur fournissant un hébergement et des médicaments psychotropes en échange d'objets volés.

En lien avec leur consommation de produits, les MNA peinent à se projeter vers l'avenir. Or la capacité à se raconter et à envisager de se construire un avenir est une condition *sine qua non* de la prise en charge dans le secteur social. Pour autant, Clément Gérome attire l'attention sur l'inadaptation des dispositifs existants et le fait que bon nombre de professionnels se sentent peu outillés pour faire face à une certaine manifestation de violence ou à un syndrome de manque. En outre se pose la question de la gestion des consommations au sein des foyers.

En conclusion, deux points saillants ressortent du discours des professionnels et d'une revue de la littérature : la nécessité d'un accompagnement pluridisciplinaire ainsi que de structures passerelles entre la vie à la rue et le dispositif d'hébergement existant, avec la question centrale de la gestion des consommations au sein des établissements d'accueil.

Par ailleurs, depuis 2019 à Paris et plus récemment sur d'autres sites métropolitains du dispositif TREND, il est observé une augmentation de la proportion de jeunes filles insérées dans des groupes de MNA et qui semblent avoir les mêmes consommations de psychotropes.

## ➤ LES PRODUITS CONSOMMÉS ET LEURS EFFETS

Gregory Pfau, pharmacien à l'association OPPELLIA Charonne et coordinateur de TREND/SINTES Paris, souligne le peu de données relatives aux logiques de consommations et aux produits consommés quotidiennement par les populations de mineurs migrants.

Au-delà de l'adoption d'un bon ou d'un mauvais mode de vie, la Charte d'Ottawa, rédigée par l'OMS en 1986, définit la santé comme une ressource et non pas en tant qu'objectif en soi. Dans ce cadre, l'association OPPELLIA vise à autonomiser les personnes par elles-mêmes et pour elles-mêmes, à travers un accompagnement menant à l'acquisition d'aptitudes individuelles, éventuellement nouvelles. Dans le champ des drogues, ces grands principes supposent à la fois une ouverture de dialogue et une capacité à aller vers les personnes. Cet « aller vers »

<sup>1</sup> Note disponible en ligne.

s'entend à travers les interventions en rue, mais également une compréhension des logiques et des préoccupations des personnes pour essayer d'anticiper et de construire des programmes de santé à même de répondre partiellement ou totalement à leurs questionnements. Il s'agira ensuite d'identifier les aptitudes présentes chez ces personnes, pour les renforcer et faire en sorte qu'elles acquièrent de nouvelles compétences en santé.

Pour une drogue donnée, les pratiques d'usage et les circonstances peuvent induire des effets ou des méfaits différents. La réduction des risques et dommages liés aux usages de drogues prend en compte les différents niveaux de dommages des substances. Il conviendra de regarder si la personne se situe dans des usages dits « simples », c'est-à-dire sans dommages avérés ou, s'il y a des dommages, quel niveau de troubles de l'usage des substances les personnes présentent. Les vulnérabilités interindividuelles seront également prises en compte, pour une drogue précise et dans un contexte spécifique.

Est dénommée « drogue » toute substance agissant sur le système nerveux central, sans considération de son statut licite ou illicite. Différentes motivations interviennent dans l'usage d'une substance, qui méritent d'être explorées avec les personnes pour mieux comprendre leur logique et intervenir de manière plus pertinente.

Gregory Pfau présente une classification selon les effets et contre-effets induits par la consommation des drogues. La tolérance et l'accoutumance déterminent les personnes à augmenter les doses ou à rapprocher les prises, afin d'obtenir les mêmes effets.

Ensuite, un phénomène de dépendance et une dimension de *craving*, c'est-à-dire une pulsion de consommation difficile à réprimer.

Lors d'une prise de drogue, des risques peuvent survenir : une perte de connaissance liée à une overdose, des accidents somatiques ou psychiques qui empêchent la personne de fonctionner comme elle le souhaiterait et peuvent mener à une demande d'hospitalisation.

Les drogues sont classables selon trois catégories : les stimulants (cocaïne, crack, MDMA), les dépresseurs (alcool, benzodiazépines, Lyrica®) et les perturbateurs (cannabis, LSD).

Les benzodiazépines possèdent des propriétés anxiolytiques, hypnotiques et amnésiantes. En revanche, la littérature scientifique décrit des effets opposés à ceux cités précédemment, pouvant survenir chez l'enfant et l'adolescent : agitation, irritabilité, comportements auto ou hétéro agressif, insomnies.

La consommation régulière de benzodiazépines durant plusieurs mois peut entraîner une dépendance physique se traduisant par un syndrome de sevrage susceptible de provoquer de graves complications neurologiques (épilepsie, convulsions). Une prise potentiellement trop importante ou associée à d'autres substances expose à un risque d'overdose par dépression respiratoire, potentiellement mortelle, et à des accidents de la voie

publique dus à une baisse de la vigilance. Des messages clés liés à ces effets et méfaits préconisent d'espacer les prises, d'éviter les mélanges, de s'hydrater régulièrement et de ne pas consommer seul.

La prégabaline (Lyrica®) a un mécanisme neurobiologique très proche de celui induit par les benzodiazépines et l'alcool, avec des effets et méfaits comparables. Elle diminue le seuil de tolérance aux opioïdes, majorant de fait le risque d'overdose.

Le cannabis se présente sous forme d'herbe ou de résine. Le consommateur recherche un effet de détente, un effet hypnotique et parfois anxiolytique. Le cannabis fumé induit des dommages somatiques et psychiques, dont des symptômes psychiatriques pouvant aller jusqu'à des impressions paranoïdes, des délires, voire un accident psychiatrique aigu nécessitant une prise en charge médicale. Comme toutes les substances sortant du marché réglementé, la composition du cannabis est inconnue ; il peut être imprégné de cannabinoïdes synthétiques générant des effets plus puissants et non recherchés par les usagers. D'où l'intérêt de solliciter l'analyse de drogues non seulement comme outil de veille sanitaire, mais également au titre d'outil pédagogique d'information pour les personnes, en augmentant leur capacité d'agir par elles-mêmes, « *Est-ce que je veux vraiment consommer cette substance qui est adulterée par un cannabinoïde de synthèse ?* »

La MDMA (ecstasy) est une molécule stimulante, voire hallucinogène, entactogène et empathogène – qui facilite le contact physique avec autrui et procure un sentiment d'empathie. Le risque majeur aigu est l'hyperthermie, pouvant entraîner à un arrêt cardiaque. Il est donc recommandé de s'hydrater, d'éviter les mélanges et de fractionner les prises, en particulier pour l'ecstasy fortement dosée en MDMA, sachant que les comprimés sont désormais sécables.

Le crack, stimulant accessible et disponible, est proposé aux MNA au sein des espaces communs. L'expérimentation peut les amener à développer des dépendances, avec un impact sur leur santé physique ou psychique. Les MNA sont recrutés par des trafiquants de crack. Les kits de consommation à moindre risque de crack sont à la fois un vecteur de vente et, pour les MNA, un moyen d'entrer dans les trafics.

En conclusion, à l'instar d'autres populations, les MNA expérimentent et font usage de nombreuses substances. Les intentions d'usages sont variées, probablement en lien avec les conditions de vie et les parcours migratoires, avec une dimension auto thérapeutique. Les effets positifs recherchés par les usagers sont à prendre en compte dans les stratégies de santé, de telle sorte à coconstruire des actions et des conseils de réduction des risques les plus proches de la réalité.

Carmen Bach ajoute que la compréhension des produits aide à savoir comment aborder les choses, avec l'idée de réduire les risques plutôt que de chercher à stopper les consommations.

## > QUESTIONS DU PUBLIC

**Une hiérarchisation des drogues selon leur dangerosité est-elle possible, indépendamment de la réaction de chaque usager face à un syndrome post-traumatique et à des besoins d'apaisement thérapeutique ?**

Gregory Pfau : « Toutes les drogues ne représentent pas le même niveau de toxicité. L'alcool, par exemple, est l'une des substances psychoactives les plus neurotoxiques.

En revanche, nous tendons à penser que ce sont plutôt les usages qui génèrent les dommages. Comment faire usage d'une substance qui aura une influence importante sur les dommages qui en découlent ? Une personne peut expérimenter le crack sans devenir dépendante au crack. Le mode de consommation influence fortement le caractère addictogène des substances. Ainsi les substances fumées atteignent plus rapidement le cerveau et favorisent l'entrée dans des comportements de dépendance. »

Carmen Bach : « Lorsque les médias abordent la question du crack, ils donnent à voir des conditions de vie plus que l'effet du produit. Sur ce point, nous avons du mal à nous faire entendre. »

**Les psychologues de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis sont confrontés à la problématique des MNA et des multiaddictions (Rivotril®, Lyrica®, cannabis, alcool, cocaïne). Comment rester vivant avec un tel cocktail ?**

**Au départ du pays d'origine, il y a des traumatismes et, souvent, un deuil. Or si la tristesse peut-être diminuée par les antidépresseurs, il n'existe aucune molécule pouvant traiter le deuil et la paranoïa. En prison, les médicaments et substituts de drogues favorisent l'accessibilité aux jeunes, certes, mais ils étouffent les traumatismes et les douleurs que ces jeunes n'ont pas pu exprimer.**

Grégory Pfau : « Dans les parcours de consommation, les logiques initiales de consommation de ces jeunes sont probablement éloignées de celles qui les animent au moment où nous les rencontrons. C'est la raison pour laquelle nous nous intéressons à cette logique actuelle de consommation, qui a une importance et peut répondre à un besoin d'alimenter une dépendance. *"J'ai initié ma consommation de Lyrica® à la suite d'un deuil, mais, aujourd'hui, j'en consomme aussi – et peut-être surtout –, parce que je suis dépendant au Lyrica®"*. Il nous semble que cette dimension pharmacologique est à prendre en compte. »

**Quelles sont les évolutions réglementaires liées à la prescription de certaines molécules, et qui ont donné lieu à un changement d'usage vers d'autres molécules ?**

Grégory Pfau : « Lorsque l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) constate que des médicaments sont plus détournés ou qu'ils induisent une plus forte dépendance, elle peut changer les conditions de prescription et de délivrance. Ce fut le cas pour le Rivotril® et la prégabaline. Toutefois, ces évolutions de règles de prescription et délivrance n'influencent pas réellement les logiques de consommation. De plus, un marché parallèle de sulfate de morphine reste installé autour de la gare du Nord, bien que ces médicaments soient inscrits à la liste des stupéfiants. »

Clément Gérome : « À la suite des restrictions de prescriptions sur le Rivotril®, en 2012, le site TREND de Paris a observé une baisse de disponibilité du Rivotril® sur les marchés de rue, mais avec une présence plus forte du Lyrica® sur ces marchés, en 2016-2017. De fait, l'interdiction d'une molécule médicamenteuse entraîne des reports vers d'autres molécules. Pour contourner les restrictions, certains usagers trouvent des moyens de s'approvisionner, ne consomment pas leur traitement et le revendent en rue. Il convient de prendre en compte les contextes locaux : à Lyon, des contrôles de médecins-conseils de la CPAM ont provoqué un effondrement du Skenan® sur le marché de rue. »

**Dans l'idée d'admettre les choix des personnes, faut-il accepter un passage à l'acte répréhensible chez un jeune sous l'emprise de stupéfiant ?**

Gregory Pfau : « Accepter les choix suppose de faire alliance avec les personnes et de construire avec elles. Il s'agit d'accepter les choix de logiques de consommation, car au moment où nous les rencontrons, certaines personnes ne peuvent pas faire autrement que de consommer. Pour ce qui est des actes répréhensibles, ils relèvent d'une problématique différente. »

Clément Gérome : « Les éducateurs de l'aide sociale à l'enfance rapportent que certains mineurs non accompagnés mettent rapidement en péril le cadre éducatif, avec parfois une mise en danger des autres enfants hébergés. C'est pourquoi il conviendrait de réfléchir à de nouvelles structures et de nouveaux dispositifs adaptés aux MNA. Depuis quelques années émergent des dispositifs d'hébergement qui tolèrent les consommations de drogues et accueillent les chiens, par exemple. »

# 2

## ABORDER EN CONFIANCE AVEC LE JEUNE LA QUESTION DE LA CONSOMMATION DES PRODUITS ET DE LEURS CONSÉQUENCES

### > DE LA RUE À L'ACCÈS AUX SOINS, LE TRAVAIL EN RUE

Mathilde Archambault, responsable du pôle éducatif Hors la Rue, évoque un projet expérimenté durant trois années par le CASPE, et dont les associations Aurore et Hors la Rue ont pris le relais, en 2021.

Le dispositif consiste en un repérage sur les sites parisiens connus ou signalés comme étant des lieux de présence et d'activité de mineurs non accompagnés en situation d'errance aggravée et potentiellement poly-consommateurs de produits stupéfiants. En complément de ces maraudes, une mise à l'abri de 12 places est accessible aux jeunes repérés, filles et garçons, avec l'objectif lointain de travailler leur adhésion à une protection pérenne. « *Un objectif lointain, parce que ces jeunes disent n'avoir aucun projet de rester en France. D'où la difficulté à les orienter vers le soin et la protection de l'enfance.* »

Le projet s'inscrit dans une dynamique partenariale renforcée avec la protection judiciaire de la jeunesse et un médiateur de l'Unité d'assistance aux sans-abri de la Ville de Paris.

La stratégie repose sur « l'aller vers », la régularité des rencontres, la proposition d'un temps de pause éducative à des jeunes en situation de délinquance quotidienne intensive et qui, d'emblée, n'accordent aucune confiance à un éducateur qui représente la société d'accueil qui ne les intéresse pas. Néanmoins, ces quelques heures de soustraction à la violence de la rue favorisent une alliance éducative pour donner l'envie au jeune de faire connaissance et, éventuellement, de se livrer un peu.

Le dispositif de nuit est un lieu de répit où les jeunes sont accueillis, avec l'idée de pouvoir garder de manière plus pérenne les moins de 16 ans aux poly-consommations aggravées. Les primoarrivants sur le territoire sont orientés vers des structures comme France Terre d'Asile pour intégrer plus rapidement une prise en charge.

Ces jeunes « en errance » ont un programme de vie chargé, des rendez-vous, des pays où aller, des projections. Ces projets sont néanmoins susceptibles de changer à la minute, en fonction de l'humeur ou d'une sollicitation. Selon Mathilde Archambault, « *cela met ces jeunes dans une situation de vie au jour le jour qui reste caractéristique d'une situation d'errance.* » Pour les éducateurs, force est de constater que le mode de vie de ces adolescents induit une incapacité à se projeter et à être

partie prenante d'un projet qu'ils essaient de dessiner avec eux.

Certains enfants se trouvent dans des états de clochardisation avancée, à une semaine d'arrivée sur le territoire, mais ils refusent de se rendre vers le soin. Cette dégradation de l'estime de soi est souvent masquée par la nécessité pour ces jeunes de défendre leur identité de rue et leur place au sein du groupe. Bien que ce mode de vie alternatif soit subi, le jeune préserve son identité en faisant siennes les valeurs de la rue même s'il n'y adhère pas totalement.

Au cours de l'année 2022, 111 jeunes ont été repérés en rue, dont 15 filles, avec un âge moyen déclaré de 15 ans. Contrairement à d'autres structures des villes métropolitaines, qui s'occupent essentiellement de mineurs algériens souvent moins carencés et gérant mieux leur consommation du fait d'une initiation plus importante dans le pays d'origine, le territoire parisien compte un nombre important d'enfants marocains plus jeunes (de 13 à 16 ans) qui découvrent l'usage de substances à leur arrivée sur le territoire.

Pour ce qui est de la capacité d'accompagnement, 50 % des MMA étant de passage, il est difficile d'engager un travail éducatif ou de soins. Cela n'a été possible qu'avec une cinquantaine de jeunes, du fait d'une régularité de rencontre en rue et/ou en mise à l'abri.

Le projet a été pensé avec la conviction qu'une alliance renforcée entre le soin et l'éducatif était indispensable à l'accompagnement de ces enfants. L'adhésion au soin est déterminante pour la mise en place de l'accompagnement éducatif. Durant le temps de l'hospitalisation, la présence d'un éducateur préalablement connu par le jeune en rue facilite grandement l'acceptation du soin physique et sa continuité. De plus, pour un jeune qui d'emblée ne fait pas confiance à l'éducateur, cette présence contribue à tisser la relation.

Sur le volet des consommations, la majorité des jeunes rencontrés sont consommateurs de tabac et de cannabis. D'autres tombent dans la consommation en deux ou trois semaines, tant en rue qu'en mise à l'abri. La moitié de ces jeunes sont également consommateurs de benzodiazépine (Rivotril®, prégabaline). En termes de niveaux de consommation, il ressort des estimations réalisées auprès de 45 jeunes que 27 % sont des consommateurs abusifs, 29 % sont dépendants et 25 % cumulent une dépendance forte et des épisodes de surconsommation conduisant à des accompagnements aux urgences hospitalières, voire à des hospitalisations. Il serait souhaitable que des

addictologues en lien avec ces publics puissent se prononcer sur ces estimations.

Mathilde Archambault énumère les principales difficultés rencontrées par les équipes éducatives : rentrer en lien avec des MNA marocains ou maghrébins spontanément méfiants ; saisir le jeune au-delà du masque de la rue ; capter l'attention de jeunes qui sont dans un état permanent d'hypervigilance du fait de la vie à la rue et des violences auxquelles ils sont soumis ; anticiper les changements brusques de comportement et gérer les violences auto et hétéro-agressives ; évaluer le niveau de consommation, de manière à choisir le moment opportun pour interagir avec un jeune.

Sur le sujet de l'approche globale de l'accompagnement, il est nécessaire d'accueillir le jeune tel qu'il est, de le respecter, en acceptant son rythme, son temps, ses refus. « *Croire à la capacité de changement de l'enfant est notre outil le plus précieux* », affirme la responsable du pôle éducatif. Ouvrir et entretenir le dialogue en se saisissant de la moindre fenêtre pour parler avec lui. « *Un partage de cigarette dans la rue peut participer à la création d'une alliance* », poursuit-elle. Sur la mise à l'abri et l'approche en rue, les jeunes sont acceptés avec leurs consommations. Ils sont invités à consommer à l'extérieur, accompagnés chaque fois que cela est possible par un éducateur pour pouvoir en parler.

Mathilde Archambault conclut en soulignant l'importance d'être ouvert aux parcours de ces jeunes mineurs non accompagnés et à leurs envies de départ. Une infime partie d'entre eux rejoindra les foyers de protection de l'enfance. Quant à ceux qui partiront en informant de leur destination, Hors la Rue pourra leur transmettre des adresses pour se protéger dans leurs pays de pérégrination. Le lien sera maintenu. Ainsi, à leur retour, le travail de repérage et d'accroche aura pu être fait. Elle termine : « *La confiance, une fois qu'elle a été gagnée, elle sera gagnée pour la suite, six mois, un an, etc.* »

Cédric Fourcade, responsable du secteur MNA, abonde en ce sens. Les professionnels du Semna et l'institution s'appuient sur le lien créé par Hors la Rue pour amorcer également un lien de confiance, avec l'objectif d'aider ces jeunes à sortir d'une logique de survie à 24 heures pour retrouver une certaine confiance en l'adulte et les amener, à terme, vers une logique plus projective.

## **> L'ACCUEIL AU SEMNA : UN TRAVAIL D'ÉQUIPE PSYCHO-SOCIO-ÉDUCATIF ENTRE URGENCE ET ACCOMPAGNEMENT**

Auréli Viard, travailleuse sociale au Semna, aborde en premier lieu le sujet des jeunes consommateurs de Lyrica® et de Revotril® pour en venir plus brièvement aux jeunes consommateurs de cannabis.

L'arrivée au Semna de jeunes consommateurs de Revotril® et Lyrica® suscita une remise en cause des pratiques. « *Ils laissaient les équipes démunies face à leurs comportements violents tant envers eux-mêmes qu'envers*

*les autres et les professionnels.* » S'agissait-il de troubles liés à leur addiction, de troubles psychiatriques ou résultant de psychotraumatismes ? La question reste posée.

Pour autant, la démarche s'articule autour d'une orientation de soin pour traiter l'urgence et la souffrance d'un jeune qui peut être à la fois dans une demande de médication et le besoin d'être soutenu et hébergé. Cette urgence se reporte sur les travailleurs sociaux, qui auront alors tendance à redoubler de disponibilité à leur égard, dans l'idée de créer le lien de confiance essentiel pour les accrocher au placement qu'ils souhaitent sans pouvoir y adhérer totalement.

Deux situations particulières mettent en lumière la problématique de l'urgence. La première est celle d'un jeune sorti de détention sans traitement médicamenteux. « *Il répétait à qui voulait l'entendre que le diable lui voulait du mal, le soir.* » Il fut reçu à l'hôpital Robert Debré, pour apaiser par des médicaments la complexité de ce qu'il vivait.

La seconde concerne un jeune, suivi en addictologie, avec une prescription de Lyrica®, et qui était réorienté en province. Auréli Viard se souvient : « *Lors de sa préadmission, il montra un état de manque, replié sur lui-même et réitérant son "besoin de manger un médicament". Quelques minutes après avoir reçu le médicament indiqué sur l'ordonnance, il revint en entretien, transformé par les effets du Lyrica®, extraverti, joyeux et volubile. Sa réorientation fut néanmoins mise en échec par cet état de manque, pour lequel les professionnels préconisèrent en accueil en soins* ».

Pour conclure sur ce point, Auréli Viard fait remarquer que le lieu d'accueil apporte aux jeunes la stabilité indispensable à l'apprentissage du vivre ensemble ou du respect des horaires.

Ingrid Bruno, psychologue au Semna, poursuit sur l'accueil au Semna sous un angle clinique. Elle évoque « *une population vulnérable et singulière, comme le travail éducatif qui en découle, souvent alourdi par une charge administrative conséquente.* » L'accompagnement de ces jeunes requiert des compétences transculturelles pour les aider à passer d'un monde à l'autre et prendre conscience de leur difficulté à exprimer dans une nouvelle langue des événements liés à leur passé, à lier le temps avant et après la fuite du fait de clivages créés par la migration. « *Il faut prendre en compte le fait que leurs codes sont différents, qu'ils peuvent induire des incompréhensions et nécessitent des ajustements pour avancer avec eux.* »

Il convient également de rappeler que ces adolescents traversent une période d'évolution. « *Ils vivent des moments cruciaux pour la construction de leur propre identité.* » À cette période compliquée s'ajoutent des événements traumatogènes plus spécifiques aux MNA. C'est aussi une période d'expression accrue de leur émotion, de leur impulsivité, de leur comportement, où l'émotion prime sur la raison. « *Ils sont dans des prises de risques et cherchent des limites. C'est un temps où le processus de séparation et d'individuation prend une*

*place importante, avec un désengagement des liens infantiles. »*

La première rencontre avec l'éducateur du Semna est importante pour ces jeunes : sésame pour la construction d'un projet ; perspective d'un futur. Mais pour avoir été confrontée à beaucoup de suspicion, la parole de ces jeunes est empêchée, ce qui n'est pas sans incidence sur leur accompagnement, comme le décrit Julien Bricaud dans un article<sup>2</sup> : « *Le soupçon peut vite devenir une présomption de culpabilité qui peut entraver le processus éducatif en favorisant la projection de représentations négatives sur le jeune accompagné. C'est un obstacle réel à la mise en confiance. Le soupçon semble barrer la possibilité d'un accompagnement à long terme. Soupçon et mensonge minent de l'intérieur, très souvent, une relation de confiance. Et pour s'en défaire, il est insensé de prétendre lever tous les malentendus ; il en restera toujours. Tout comme il est vain de chercher à tout savoir des mineurs que l'on accompagne. »*

Cela pose de fait la question de la confiance. Comment les jeunes peuvent-ils faire confiance à nouveau à des professionnels qui disent vouloir les aider ? Les jeunes rencontrés sont soumis à des injonctions multiples qui pèsent parfois lourdement sur l'expression des symptômes et peuvent empêcher tout processus d'élaboration. L'orientation vers les psychologues du Semna est difficile, du fait que, dans leur culture, le psychologue n'est pas connu et que la narration de soi est inconvenante. Lorsque ces adolescents parviennent à rencontrer un psychologue, ils découvrent la possibilité d'une écoute particulière où le professionnel prendra le temps de comprendre ce qui s'est joué pour eux. Au Semna, la présence d'interprètes est un support indispensable pour permettre aux jeunes de se sentir écoutés, mieux compris et d'établir des ponts entre deux cultures. Lorsque le lien se crée et qu'il faut envisager une orientation pour soigner des traumatismes plus profonds (addictions), le travail de maillage avec l'équipe qui prendra le relais est extrêmement important. « *D'ailleurs, nous restons comme un fil rouge, car une fois qu'il y a un peu d'accroche, il y a à nouveau la peur de l'abandon. Ils refusent de rencontrer quelqu'un d'autre. Il faut alors expliquer et rassurer. »* Pour autant, le maillage médicosocial est nécessaire à l'accompagnement de ces jeunes.

Dans un article sur l'accueil des mineurs isolés étrangers,<sup>3</sup> une équipe du centre Babel explique : « *Dans notre rencontre avec ces jeunes, il faut avoir comme objectif de tisser du lien, et à plusieurs niveaux. Au niveau des éducateurs, au niveau des liens avec la famille au pays ou ailleurs, pour mieux les comprendre, mieux les aider et qu'ils se sentent moins isolés, et faire des liens temporels et spatiaux pour retrouver un fil conducteur dans un parcours émaillé de ruptures. »*

Dans le lien éducatif, il faut aider le jeune à trouver de nouveaux repères pour se reconstruire, car « *leur représentation d'eux-mêmes est très abîmée et devient un*

*facteur favorisant l'envie de reprendre ces toxiques. »* Mais il est difficile pour eux de parler de leur consommation ; ils cherchent à cacher, pour ne pas décevoir ni être jugés. Ce sont souvent des êtres fragilisés par leur parcours de vie, confrontés à des troubles d'attachement dysfonctionnels depuis leur prime enfance. « *Comment fait-on pour s'attacher quand on a été soi-même maltraité, peu ou pas sécurisé, mal-aimé, qui plus est dans un nouvel environnement où l'on a perdu ses repères et ses codes ? »*

Ingrid Bruno conclut, expliquant que la régularité des échanges entre professionnels favorise une continuité et pour ces jeunes. Pour ce faire, il faut coconstruire un maillage pluriprofessionnel.

Selon Cédric Fourcade, les propos de Mme Bruno illustrent le proverbe africain « *Il faut tout un village pour éduquer un enfant. »*

## **➤ UN EXEMPLE DE PARTENARIAT POUR CONSTRUIRE LA PRISE EN CHARGE**

Le docteur Catherine Pequart présente le dispositif Sawiyan (ensemble) pensé à partir de deux services existants de Charonne, le Consultation jeunes consommateurs (CJC) et *Bociék* (cigogne), qui est un service d'accompagnement psychosocial des publics migrants non francophones.

Le dispositif est fondé sur un constat contemporain de l'arrivée des Marocains de la Goutte d'Or et sur le rapport TREND. Le projet CJC *Bociék* a été présenté aux pouvoirs publics, donnant lieu à l'embauche d'un psychologue arabophone.

Les objectifs de Sawiyan visent à développer l'accès aux soins addictologiques adaptés au public de jeunes migrants consommateurs de substances psychoactives, en proposant un accompagnement médico-psycho-social avec une intervention en langue arabe pour des jeunes non francophones. Il s'agit également de mobiliser un réseau de partenaires et de porter le plaidoyer pour l'adaptation des pratiques professionnelles de soin en addictologie en vue de recevoir des publics nouveaux. Plaidoyer aussi pour la posture de réduction des risques pour des jeunes en danger du fait de leur consommation.

Sur le plan des modalités d'intervention, le premier contact est fait par le psychologue arabophone, avec l'idée d'une orientation rapide vers un médecin. Il n'y a aucun *a priori* contre la prescription de prégabaline, avec l'introduction d'autres médicaments connus ou non par les jeunes, et qui supposent d'en contrôler la délivrance

Les consultations se déroulent en binôme, médecin et psychologue d'intervention psychosociale qui s'attachent à la création du lien dans le partage avec les équipes. Le

<sup>2</sup> Bricaud, Julien. *Les adolescents isolés face au soupçon.*

<sup>3</sup> *L'accueil des mineurs isolés étrangers : un défi face à de multiples paradoxes.*



réfèrent social qui accompagne le jeune est également impliqué dans ces consultations.

Le premier bilan, à l'issue de 18 mois, recense une soixantaine de situations différentes, avec une augmentation constante du nombre de partenaires. Un flyer Rivotril® Lyrica® a été conçu avec le Caarud de la porte de Clignancourt.

Les points forts du dispositif sont l'appui sur l'expérience et les valeurs des services à l'origine de Sawiyan ainsi qu'une alliance forte avec les partenaires de terrain. Les perspectives visent à poursuivre la mobilisation du réseau et à disposer d'outils d'approche plus collective. Par exemple, des groupes de discussion autour des médicaments, ne se limitant pas aux médicaments connus des jeunes. La perspective de développer des approches de soin plus spécifiquement psycho-traumatiques semble plus éloignée du fait de l'instabilité du public, sauf à ce qu'elles s'intègrent aux structures qui reçoivent ces jeunes.

Pour ce qui est des outils thérapeutiques, « *il serait souhaitable d'aborder des sujets qui ne les replongent pas dans l'irreprésentable* », estime le docteur Pequart.

Au-delà de Sawiyan, un groupe de travail prégabaline Lyrica® inter Cspa s'est mis en place autour d'actions à mener en termes de dépendance à ce médicament en particulier, dans l'objectif de construire un cadre thérapeutique partagé. De ce groupe est né un projet de recherche porté par un praticien hospitalier de Fernand-Widal. Il s'agit d'une étude visant à une meilleure identification des consommateurs de Lyrica® prégabaline, en croisant les données déclaratives à des données plus objectives. « *La collaboration avec le CUEP de Paris permettra d'explorer un peu plus les mineurs et de sensibiliser l'Assurance maladie à la nécessité d'adapter les protocoles thérapeutiques à ces publics particuliers, en faisant admettre que l'on sort des autorisations de mise sur le marché quand on prescrit de la prégabaline en substitution à des personnes dépendantes.* »

## ➤ L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL : UNE PRATIQUE INSPIRANTE ?

Léna Dormeau, responsable prévention Addictions France, fait observer que les mineurs isolés ou non accompagnés ne sont pas spécifiquement des publics cibles rencontrés par l'association. Ce public a émergé au travers de demandes de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'administration pénitentiaire, pour des formations destinées à outiller leurs professionnels pour l'appréhension des problématiques addictologiques spécifiques d'un public particulier extrêmement large. Tous les MNA n'étant pas consommateurs ou consommatrices de produits, il faut prendre en compte des spécificités locales et des particularités territoriales extrêmement fortes qui complexifient la mise en place d'un maillage la fois territorial et psycho-médicosociale. À l'échelle régionale, Addictions France instaure un partenariat avec Hors la Rue pour des interventions

sociales conjointes permettant un échange de pratiques sur la question des addictions.

Développé dans les années 80 par Miller et Rollnick, l'entretien motivationnel est un moyen de mobiliser les motivations et capacités au changement des MNA. Mme Dormeau liste les règles d'applicabilité fixées par les auteurs : « *Des conversations sur le changement. Le devenir des bénéficiaires sera influencé par l'étendue des changements qu'ils feront dans leur vie et leurs comportements. Aider ou encourager les personnes à faire de tels changements fait ou devrait faire partie de votre travail. L'adhésion ou l'observance sont des préoccupations fréquentes de votre service. L'équipe a des difficultés ou se plaint des personnes qu'elle trouve difficiles, résistantes ou non motivées.* »

L'entretien motivationnel n'est pas une modalité de prise en charge. Il se définit comme un style de conversation collaboratif visant à renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. Le professionnel devra donc appuyer l'échange uniquement sur les ressources élaborées à voix haute et mobilisées par le jeune lui-même. De fait, ce qui tend à maintenir la personne dans des non-souhaits de changement est totalement évacué.

Quatre critères sous-tendent l'esprit de l'entretien motivationnel. Le premier est le partenariat. Néanmoins, sur le terrain, en présence de publics spécifiques, la phase partenariale peut demander un temps long dès lors que la temporalité est celle de la personne aidée. Le deuxième est le non-jugement. Le troisième est l'altruisme, c'est-à-dire que l'intérêt de l'enfant fait sens dans l'accompagnement. Enfin, le dernier critère concerne l'évocation, point central de l'entretien motivationnel.

Quant à l'esprit de l'entretien motivationnel, il parle plus du professionnel que de la personne aidée. « Il est donc fondamental de se décentrer. Le professionnel n'est pas toujours là pour apporter des choses. »

De quelle manière échanger avec ce public spécifique ? Comme avec n'importe quel public, précisément, parce que l'entretien motivationnel peut être mis en place auprès de n'importe quel public. Ainsi sur la question des quantités consommées, il peut y avoir une mauvaise appréhension de la consommation ou un mensonge. Léna Dormeau se dit favorable au mensonge : « *Laisser la personne mentir est une marque de confiance. Je ne suis pas sûre qu'il faille pointer la véracité du déclaratif comme une fonction centrale de l'entretien et du rapport de confiance et partenarial.* »

Faut-il faire état des symptômes de manque constatés ? La personne peut les verbaliser sans utiliser le vocabulaire professionnel. De la même manière, la survenue d'un accident ou d'un problème avec la justice en lien avec la consommation peut être questionnée à travers le sommeil, le somatique au sens large.

La question de l'ambivalence, lorsqu'une personne fait état d'une ambivalence sans que celle-ci soit nécessairement élaborée de manière très structurée, l'entretien motivationnel peut-être utilisé. Par exemple,

*« Je mange beaucoup de Lyrica®, et en même temps je préférerais aller à la piscine. »*

Enfin, *« Valoriser n'est pas complimenter »*, selon Léna Dormeau, car un autre type de conduite pourrait laisser supposer une déception.

*« Reformuler via l'écoute réflexive »* fonctionne très bien auprès de publics non francophones lorsqu'il n'est pas possible de bénéficier de l'interprétariat.

Léna Dormeau conclut sur des interrogations fondamentales liées à l'entretien motivationnel.

*« Quelles attitudes peuvent avoir les personnes qui ne peuvent pas changer ?*

*Qu'est-ce que l'on ressent, en tant que professionnel, devant cette absence de comportement ?*

*Comment interrogeons-nous nos propres pratiques au service des publics ? »*

# 3 SPÉCIFICITÉS ET COMPLÉMENTARITÉS DES PRISES EN CHARGE DES MNA AYANT DES CONDUITES ADDICTIVES

En préambule, le docteur Sylvia Nguyen-Dang, médecin référente addictologie à l'ARS 75, précise le rôle des Agences régionales de santé (ARS). Les ARS sont chargées de définir et de mettre en œuvre la politique de santé en région. Le champ d'intervention de l'Agence couvre l'ensemble des domaines de la santé publique. L'Agence régionale d'Île-de-France est constituée d'un siège et d'une délégation départementale au sein de chacun des huit départements de la région.

## > QUELLES PRISES EN CHARGE ? Les dispositifs sanitaires et médicosociaux

Après avoir rappelé les raisons qui concourent à la difficulté de prise en charge des MNA, Sylvia Nguyen-Dang aborde les offres proposées.

Tout d'abord, les structures médicosociales d'addictologie que sont les Consultations jeunes consommateurs (CJC), les consultations hospitalières d'addictologie (hôpital Robert Debré, Institut mutualiste Montsouris) et les Maisons des adolescents. « *Le projet de rapprochement de deux entités, Consultations jeunes consommateurs et Maisons des adolescents de l'Île-de-France apparaît comme un levier d'évolution de l'offre de soins et des partenariats* », précise-t-elle.

Créées en 2004, les Consultations jeunes consommateurs sont rattachées à un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa). Ces dispositifs exercent dans le non-jugement, avec une pratique basée sur la recherche d'alliance thérapeutique. Les équipes travaillent avec des outils validés dans le champ des thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies familiales multidimensionnelles et l'approche motivationnelle. Les CJC interviennent au sein des foyers de la PJJ et de l'ASE. Certaines CJC sont spécialisées dans la thérapie familiale multidimensionnelle, notamment la CJC Pierre Nicole.

Les Csapa sont des structures médicosociales, leur accueil est fondé sur la gratuité, l'anonymat et l'inconditionnalité. Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) sont des structures médicosociales autorisées par l'ARS, avec un accueil inconditionnel, gratuit et anonyme, qui concernent le public adulte. « *Ils se caractérisent par la distribution de matériel de réduction des risques (seringues stériles, pipes à crack), mais également par une pratique "d'aller vers"* ».

Ensuite, les structures de recours pour les soins somatiques. « *Ils peuvent être une première étape vers des soins addictologiques* », précise Mme Nguyen-Dang. Il

s'agit des centres de santé (Marcadet, Edison), des permanences d'accès aux soins (PAS) au sein des hôpitaux pédiatriques parisiens (Necker, Trousseau, Robert Debré) et de l'espace santé jeunes de l'Hôtel Dieu. En situation d'urgence, certains hôpitaux disposent d'une Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), de pédopsychiatrie et de psychiatrie.

Enfin, les troubles psychiques sont pris en charge par la régulation médicale du Samu centre 15, le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA), qui propose des consultations « famille sans le patient », la plate-forme d'information et d'orientation Psy Île-de-France ainsi que MobyPsy (hôpital de Saint-Maurice).

Sylvia Nguyen-Dang conclut : « *Les pistes d'évolution passent par le renforcement de "l'aller vers" et du maillage territorial, mais également par l'identification des différentes structures avec la mise en place d'un répertoire des ressources.* »

## > L'HISTOIRE DE CLARA : UNE EXPÉRIENCE CLINIQUE. Complémentarité entre accompagnement socioéducatif, prise en charge hospitalière, aspects sociétaux et sociologiques de la prise de produits psychoactifs et prise en charge médicosociale

François-Henry Guillot, éducateur spécialisé à l'unité fonctionnelle d'addictologie hôpital Robert Debré, retrace le parcours de Clara. « *Clara est née le 3 août 2005 en Algérie (âge déclaré à son arrivée à Paris). Elle a récemment déclaré son âge réel, 19 ans (3 août 2003). Adoptée après avoir vécu jusqu'à l'âge de 2 ans avec une mère toxicomane, elle fut séquestrée une vingtaine de jours par un frère de la famille d'adoption, en vue de la préserver, puisqu'elle envisageait de quitter l'Algérie pour l'Europe. Durant deux années, elle retourne avec sa mère biologique. À 14 ans, elle quitte l'Algérie pour l'Union européenne. À Almería (Espagne), placée dans un*

*centre fermé, elle est hospitalisée à la suite de l'annonce du décès de sa mère, puis de son père adoptif. Clara reste ensuite durant six mois à Barcelone, où elle subira plusieurs agressions sexuelles. Elle arrive à Paris en octobre 2019. »*

Entre octobre 2019 et juin 2021, cette jeune femme fera douze passages aux urgences de l'hôpital Robert Debré. Confiée au Semna en novembre 2020, puis hébergée durant six mois chez une compatriote algérienne qui la connaissait en Algérie, elle est accueillie en semi-autonomie au foyer Archipel, depuis décembre 2021.

Parmi les points marquants de la prise en charge de cette adolescente, l'initiation d'un suivi gynécologique à l'hôpital Robert Debré (septembre 2021), lorsqu'elle parle de viol et de relations sexuelles non consenties. « *Ce suivi est un point positif, car ces jeunes acceptent difficilement de parler de leur vécu corporel* », souligne M. Guillot.

Par ailleurs, à son initiative, cette jeune femme effectuera un sevrage définitif, lors du ramadan, en 2022.

Autres points marquants de prise en charge, une prescription de massages dans un hammam et des séances d'EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires). Sur le plan de la scolarité, cette jeune femme passe son premier examen, le diplôme d'études en langue française (DELFI).

Enfin, M. Guillot fait part d'un élément important dans le parcours de cette jeune femme : « *Clara a eu une angine. Après les violences les plus atroces qu'elle a subies, se permettre d'écouter son corps signifie que "Clara va mieux".* »

Sur le plan de la clinique psychopathologique, une anxiété et une tristesse majeure dominant, avec des troubles du stress post-traumatique (TSPT), ancrés en Algérie et renforcés par le parcours de migration, et les comorbidités associées : addictions (THS, Lyrica®, Rivotril®, alcool, cocaïne, tabac) et scarifications. Les séquelles de la migration se traduisent par une amnésie traumatique, la confiance brisée envers toute autorité ainsi que les adultes et une « mort sociale ».

En conclusion, François-Henry Guillot, retient de cette expérience de prise en charge le nécessaire travail d'alliance avec ces enfants. « *Privilégier l'alliance, cela veut dire qu'il faut s'adapter à leur rythme, leurs contraintes. "Tu n'es pas disponible, tu es en manque. On se reverra, demain, tout à l'heure."* »

Les éducateurs inventent des outils de médiation, pour ces mineurs isolés, comme des objets transitionnels ("doudou"), des massages, car « *pour pouvoir parler de son corps, il faut pouvoir imaginer le corps différemment, non pas dans le bureau médical, mais en amont* » ou des visites de lieux liés à leur culture, pour « *mettre en valeur la différence culturelle.* »

Il apparaît important de garantir la continuité de soin et de prise en charge, d'éviter tout acte de rupture, sachant que « *tous les phénomènes de rupture vont réactiver le PTSD* » et d'essayer de travailler avec la famille pour obtenir une délégation d'une forme d'autorité parentale.

Enfin, du côté des professionnels, il convient de travailler en lien étroit avec les travailleurs sociaux et de créer des binômes éducatifs, mais également de mettre en place des conventions de partenariat avec les différentes institutions qui prennent ces enfants en charge.

Les assistantes éducatives du Semna, Zineb Niney, Sarah Béranger, et l'éducatrice spécialisée d'Archipel, Maëlle Lefèvre, font part des difficultés rencontrées et des solutions mises en œuvre en équipe pour accompagner Clara.

Zineb Niény, revient sur le lien de confiance avec la jeune Clara : « *Dès le départ, elle m'a dit, "Moi, je n'ai pas confiance aux adultes. Ils me disent beaucoup de choses, mais rien ne se passe."* » Le renforcement de ce lien de confiance est passé par une grande disponibilité, « *Clara pouvait me solliciter à toute heure, parfois tard le soir* », visant à ce qu'elle accepte une orientation adaptée à sa situation. Elle rencontre Mme X, une femme algérienne pour qui un droit de visite et d'hébergement a été mis en place, mais il s'est avéré que la collectivité ne convenait pas à Clara. Elle a bénéficié ensuite d'une prise en charge individuelle dans un appart'hôtel.

Sarah Beranger confirme les difficultés de prise en charge et de lien de confiance à tisser avec les adultes et le cadre éducatif. Elle souligne l'ambivalence entre une volonté d'avancer et un rejet du lien par crainte de se confier. La constance de la disponibilité et du lien avec les partenaires a contribué à la rassurer et à instaurer la confiance.

Zineb Niény évoque une récente rencontre avec Clara, qui lui est apparue épanouie et heureuse.

Maëlle Lefèvre explique que Clara est arrivée à Archipel en 2021, au moment où l'alliance thérapeutique et éducative était installée avec les professionnels du Semna « *identifié comme une institution qui a pris le risque de défendre l'intérêt de Clara en faisant de vrais pas de côté, avec les droits de visite et d'hébergement donnés à Mme X.* »

« *La priorité pour moi a été de créer du lien. Donc, cela a été l'alliance. J'ai passé des heures à l'écouter. Cela a été un axe de travail qui a duré des mois. Chaque prise de risque et mise en danger nous a invité-es à réfléchir* », souligne Maëlle Lefèvre.

Par ailleurs, le fait que cette jeune fille ait parlé de son identité réelle a été déterminant dans son accompagnement, dans un travail de binôme avec M. Guillot : « *On sentait que des choses émergeaient, de plus en plus intensément, jusqu'à pouvoir aider la jeune à accoucher de son histoire.* »

Enfin, Mme Lefèvre souligne l'importance d'un travail en binôme lors de l'accompagnement au sevrage, avec le soutien de M. Guillot qui, avec une perspective plus globale, a pu temporiser : « *C'est vrai, elle ne respecte pas le règlement d'Archipel, mais elle tombe amoureuse. Et c'est le signe qu'elle arrive à nouveau à s'attacher et à aimer. Et ça, c'est gagné.* »

## QUESTIONS DU PUBLIC

### **Comment fait-on accepter à l'institution la nécessité de s'adapter par rapport à la jeune ?**

Maëlle Lefèvre : « Je pense qu'accompagner ces jeunes PJJ, c'est avoir une vision portée par un projet d'établissement. C'est entendre de quoi l'on parle quand on parle d'accueillir des jeunes carencés, d'accueillir des jeunes dans des pratiques de délinquance, des jeunes qui ont des difficultés d'attachement, des jeunes qui ont été dans la survie, dans l'hypervigilance, avec des syndromes de stress post-traumatiques. »

François-Henry Guillot : « Nous faisons un métier où il faut savoir prendre des risques. Le pas de côté, il faut le faire, mais en sachant qu'il ne doit pas aller trop loin. Il y a des moments où l'institution ne peut pas garantir le cadre que vous-mêmes avez envie de mettre en place. »

Un intervenant [3/1:12:43] : « Je connais bien Clara. Le pas de côté était cette rencontre avec une dame qui disait être une copine du quartier – ce qui s'est avéré faux – hébergée en CHCRS, parce que victime de violences familiales, et se disant prête à la prendre chez elle. On informe la juge et la direction du CHCRS, et l'on décide de prendre le risque éducatif d'y aller. Voilà un exemple de pas de côté sur le cadre, en s'entourant des garanties pour assurer cette prise de risque dans un cadre qui a changé. »

**L'institution n'est pas responsable des défis éducatifs que peut porter un éducateur, tant que tout va bien. Il y a des projets qui permettent, collectivement, en élaborant des stratégies d'équipe, d'accompagner des jeunes comme Clara. À côté ce qui a été fait auprès de Clara, il y a des collègues qui doivent obtenir des réponses équitables à l'égard de leurs propres jeunes. Je voulais mettre un bémol à la prise de risque individuelle à l'encontre de l'institution.**

François-Henry Guillot : « Notre propos n'était pas de dire que nous faisons des pas de côté, isolés. Il s'agit d'un travail collectif référencé à nos différentes institutions. Nous parlons d'une expérience sur une situation, que nous essayons de dupliquer aux autres., mais ce sont des projets individualisés. Pour ma part, en tant qu'éducateur, il est difficile de se retrancher derrière le positionnement institutionnel. Je pense qu'il faut assumer ce que l'on est dans la fonction, dans ce que l'on a appris et dans son parcours. »

Christophe Debeugny : « Au-delà du cadre institutionnel qui nous donne une légitimité, il y a la question de l'individu avec lequel vous vous mobilisez pour trouver des solutions particulières et adaptées en continu. Il faut donc avoir de la souplesse pour s'adapter à la personne. L'institution permet cela, en donnant une force aux intervenants que vous êtes. »

Maëlle Lefèvre : « Les jeunes avec des addictions fortes peuvent cliver les équipes éducatives. Dans un premier temps, ils vont investir la relation duelle. C'est pourquoi il faut d'abord créer de la sécurité dans la relation à deux, puis avec les autres services. Lorsque le jeune sera sécurisé, son épanouissement lui permettra d'être plus

ouvert à l'extérieur. Il faut faire du cas par cas, dans le respect du cadre institutionnel, et non pas standardiser. »

**Lorsqu'un grand nombre de personnes intervient, comment se passe l'échange pour apporter des réponses adéquates aux actes et comportement de cette jeune fille ? Pourquoi de telles situations suscitent-elles des tensions au sein des équipes ?**

François-Henry Guillot : « Je ne pense pas que l'on puisse parler d'oppositions dans les propositions de prise en charge. En revanche, les équipes pluridisciplinaires permettent le débat, les échanges et des stratégies communes. »

**Les professionnels ont parfois le sentiment, face à la détresse qu'ils peuvent recevoir et aux difficultés rencontrées tant avec les jeunes qu'avec les possibilités institutionnelles, d'être dans une voie sans issue. Pour se protéger, je crois que les professionnels ne doivent pas nier leurs difficultés.**

François-Henry Guillot : « Nous sommes protégés par nos institutions, parce que nous nous parlons. »

Christophe Debeugny : « Je crois effectivement que nous ne devons pas cacher nos propres difficultés, car cela nous aide à avancer. »

**Au-delà d'être rassemblés autour de la problématique spécifique de l'addiction, ce sujet soulève l'ensemble des difficultés auxquelles nous sommes confrontés dans notre travail. Nous avons aujourd'hui un rappel des principes de base de ce pour quoi nous avons choisi ce métier, mais également de la nécessité de réfléchir ensemble.**

**Je voudrais pointer le manque d'anticipation, parfois. Je pense que l'explication de ce qu'est un accueil provisoire jeune majeur devra être présentée en amont à Clara. De la même manière, il serait souhaitable de lui présenter la personne qui la recevra pour la signature du contrat Jeune majeur.**

Carmen Bach : « La situation de Clara nous a effectivement bousculés. Les axes éducatifs proposés ont fait l'objet de vifs débats. »

**Avec les MNA, les pas de côté interviennent régulièrement. Il ne faut pas hésiter à s'appuyer sur l'institution, mais également sur les partenaires.**

**À l'ASE 93, je m'occupe du suivi à l'hôtel de 20 jeunes, dont une dizaine avec des problématiques d'addiction. Le facteur temps joue énormément pour la prise en charge des MNA, car la majorité approche, avec le contrat Jeune majeur et le titre de séjour. À cela s'ajoute la difficulté à obtenir un rendez-vous au Csapa ou auprès des services de psychologie et psychiatrie.**

François Henry-Guillot : « Nous essayons, avec le service juridique de l'APHP et celui de la PJJ, de mettre en place pour l'ensemble de l'Île-de-France deux nouveaux outils que sont l'alerte sanitaire et l'alerte de reconnaissance. »

# LE REGARD DE... JEAN-PIERRE COUTERON, psychologue addictologue et président de la Fédération Addictions jusqu'en 2018

Que dire des prises de drogues, des prises de risques et des prises en charge ?

« *La prise de risque du migrant, du mineur qui part, la prise de risque de l'élan qui fait qu'un jour on décide de partir d'un univers auquel d'habitude on s'accroche ; cette prise de risque nous dit quelque chose.* » Cette prise de risque apparaissait en filigrane dans les interrogations de plusieurs intervenants sur la thématique de l'accès à l'autonomie, la protection et le fait de laisser faire des expériences en les cadrant. Cela suppose de trouver des espaces, des refuges, accepter que la personne surgisse et reparte.

« *La prise de drogue, ça sert à quelque chose* », affirme-t-il, dès lors qu'elle incite à s'intéresser à la place qu'elle tient dans l'histoire de la vie de la personne. Sur la prise de produits, il faut accepter de donner le traitement en fixant des règles de prescriptions. « *Puisque tu me le demandes et que je suis médecin, je vais te le prescrire.* » Aujourd'hui, bon nombre d'usages de drogues entrent dans ce qu'Emmanuel Langlois<sup>4</sup> nomme « *la chimie sociale* », étant admis que consommer des substances chimiques vise à gérer des sociabilités quelque peu difficiles.

S'agissant de l'entretien motivationnel évoqué par Léna Dormeau, il est devenu un outil basique auquel sont formés la plupart des CPIP.

Enfin, sur la discussion « pas de côté », elle renvoie au dispositif Tapaj (travail alternatif payé à la journée) qui, contrairement à l'insertion par le travail, est peu engageant. « *Les jeunes veulent de la continuité, de la présence, de la disponibilité, mais ne veulent pas du lien thérapeutique ni même parfois du lien éducatif. Le paradoxe est de leur donner ce qu'ils attendent sans le monnayer avec un lien thérapeutique. C'est une des choses les plus importantes qui se jouent dans la clinique, et cela annonce d'autres étapes, où il sera possible d'aller un peu plus loin dans l'engagement, dans le travail du psycho-traumatisme.* »

« *"Prise en charge" ou "accompagnement", ce n'est pas la même chose.* » En effet, la prise en charge évoque une action directive, « *Je te prends, et je vais te déposer quelque part.* » L'accompagnement est au contraire au cœur du travail médicosocial, « *C'est être "à côté", se décaler, être capable de "faire avec".* »

M. Coutereau considère que l'hypermédicalisation de la question des drogues porte à stigmatiser la situation finale,

la maladie chronique du cerveau. Mais « *le plus passionnant, c'est : comment un comportement social, qui a une fonction individuelle chez une personne, va parfois déclencher cette maladie chronique du cerveau.* »

Citant le sociologue Marc-Henry Soulet, « *Souvent, dans le soin aux addictions, on confond "changer de vie" et "changer sa vie"* », Jean-Pierre Couteron explique que changer de vie, devenir quelqu'un d'autre est une illusion. En revanche, changer sa vie en procédant de décalage en décalage, sans arrachement, fait sens et renvoie à l'attachement à un univers de vie perdue et à l'attachement à des postures professionnelles. Cela demande un changement des pratiques de la part des professionnels, les plaçant eux-mêmes dans une zone d'insécurité.

Enfin, pour répondre à la question du temps, l'expérience clinique montre que les patients ne nécessitent pas le même investissement, la même disponibilité en même temps, ni la même intensité.

Jean-Pierre Couteron conclut : « *Je pense que nous avons à réfléchir à de nouvelles postures, où l'on doit pouvoir s'engager un peu plus tout en étant toujours protégés. Il faut être capable de se dire que l'expérience de l'un n'est pas celle de l'autre et, dans ce collectif de la prise en charge, de partager le niveau d'expérience au regard du niveau de travail du professionnel.* »

---

<sup>4</sup> Langlois, Emmanuel. *Le nouveau monde des drogues.*