



HAL
open science

Revue systématique de la littérature sur la prise en charge des mineurs de 12 à 18 ans présentant des troubles liés à l'usage de substances : état des lieux des interventions aux urgences et en soins primaires

Julien René Martin

► To cite this version:

Julien René Martin. Revue systématique de la littérature sur la prise en charge des mineurs de 12 à 18 ans présentant des troubles liés à l'usage de substances : état des lieux des interventions aux urgences et en soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03499753

HAL Id: dumas-03499753

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03499753v1>

Submitted on 21 Dec 2021

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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

Thèse n°150

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par MARTIN Julien, René

Né le 23 avril 1991 à Bordeaux

Le 15 décembre 2021

Revue systématique de la littérature sur la prise en charge des mineurs de 12 à 18 ans présentant des troubles liés à l'usage de substances

Etat des lieux des interventions aux urgences et en soins primaires

Sous la direction de : Madame la Docteur MOLIMARD Julie

(co-directeur : Monsieur le Docteur DONZEL GODINOT Léo)

Membres du jury :

Monsieur le Professeur ALLA François

Monsieur le Docteur PROTHON Emmanuel

Madame le Professeur FATSEAS Mélina

Monsieur le Docteur EL ALAOUI Alexandre

Président

Rapporteur

Examineur

Examineur

Titre :

Revue systématique de la littérature sur la prise en charge des mineurs de 12 à 18 ans présentant des troubles liés à l'usage de substances ; Etat des lieux des interventions aux urgences et en soins primaires.

Résumé :

Introduction : La consommation de substances psychoactives et donc potentiellement addictives est fréquente chez les moins de 18 ans et constitue un problème de santé publique. Cependant les études manquent, peu de projets de prise en charge des problématiques addictives pour les adolescents sont actifs.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en respectant la méthodologie PRISMA portant sur une recherche de 2000 à 2020 sur la prise en charge addictive des 12-18 ans aux urgences et en soins primaires. 13 études ont été sélectionnées pour l'analyse.

Résultats : 7 études concernaient le secteur hospitalier, 6 études le secteur de soins primaires. Les résultats ont montré une efficacité dans des interventions type repérage précoce et intervention brève (RPIB), entretien motivationnel, thérapie de groupe, thérapie familiale et en réseau. L'intervention la plus pertinente pour le secteur hospitalier et les soins primaires apparaît comme être le RPIB médié par un outil informatisé.

Conclusion : l'interprétation des résultats ainsi que des recherches complémentaires confirment l'intérêt du RPIB sous une forme informatisée, permettant de rentrer plus facilement en relation avec les adolescents. Des recherches devraient être approfondies dans ce sens. L'amélioration des praticiens en addictologie et en RPIB est également centrale dans le processus de prise en charge, comme l'articulation entre les différents acteurs du système de santé, comme les ELSA à l'hôpital et les CJC en soins primaires.

Mots clés :

Troubles liés à l'usage ; Adolescents ; Jeunes ; Addiction ; Services des Urgences ; Soins Primaires ; RPIB ; Prévention

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS :	5
LISTE DES ABREVIATIONS :	9
LISTE DES FIGURES	10
LISTE DES TABLEAUX.....	10
INTRODUCTION.....	11
❖ Etat des lieux des consommations de substances chez les adolescents :.....	11
❖ Problématique pour les professionnels de santé	14
❖ Niveau de gravité des consommations de substances psychoactives	15
❖ Etat actuel de la prise en charge des adolescents aux urgences du CHU pour IA.....	18
❖ Question de recherche	20
MATERIEL ET METHODE	21
❖ Schéma d'étude.....	21
❖ Stratégie de recherche.....	21
❖ Processus de sélection des données	23
❖ Analyse des données.....	24
RESULTATS	25
❖ Sélection des références.....	25
❖ Caractéristiques des études incluses	27
❖ Etudes en secteur de soins primaires	27
❖ Etudes en secteur hospitalier	35

DISCUSSION	44
❖ Retour sur les principaux résultats.....	44
❖ Forces et limites de notre travail.....	46
❖ Analyse des résultats de la revue systématique	48
❖ Recherches complémentaires réalisées à la suite de l’analyse des résultats.....	53
❖ Bilan de l’analyse des résultats et des recherches complémentaires	55
❖ Perspectives d’avenir : le projet du Kit « Jeunes et Urgences »	62
❖ Proposition de prise en charge des mineurs présentant une Intoxication Aiguë aux urgences adultes	66
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXES	77
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE DE LA REVUE.....	87
❖ Issues de la revue systématique :	87
❖ Issues des recherches complémentaires :	89
SERMENT MEDICAL	90

REMERCIEMENTS :

Monsieur le Professeur ALLA François

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je tiens à vous exprimer ma reconnaissance et mon profond respect.

Monsieur le Docteur PROTHON Emmanuel

Vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse en tant que rapporteur. Je tiens à vous exprimer ma reconnaissance et mon respect pour votre engagement dans l'enseignement de la médecine générale et votre accompagnement auprès des étudiants en médecine.

Madame le Professeur FATSEAS Méлина

Vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse en tant que juge. Je tiens à vous exprimer ma reconnaissance et mon profond respect.

Monsieur le Docteur EL ALAOUI Alexandre

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury et de juger ce travail. Recevez ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon respect dans votre implication pour ma formation.

Madame le Docteur MOLIMARD Julie

Vous avez accepté d'être la directrice de ce travail de thèse. Veuillez recevoir ici mes plus profonds remerciements et mon profond respect pour votre implication et votre aide attentive qui ont permis la réalisation de ce travail. Réaliser cette thèse avec vous aura été un plaisir.

Monsieur le Docteur DONZEL GODINOT Léo

Vous avez accepté de m'accompagner dans ce travail depuis le début, avec patience, bienveillance et bonne humeur. Veuillez recevoir tous mes remerciements et mon profond respect pour votre expertise, vos conseils et vos encouragements permanents.

A mes maîtres et formateurs,

Pour ces dix années de formation à vos côtés, à toutes les étapes, pour la théorie comme pour la pratique, pour votre humanité et votre dévotion à ce beau métier, veuillez recevoir tous mes remerciements.

Mention spéciale pour le personnel du service d'addictologie de Périgueux et le SSR de Montpon-Ménéstérol, qui aura été mon premier stage de l'internat et la découverte de cette très belle discipline qu'est l'addictologie.

Mention spéciale au Docteur Joelle Fach, pour la rigueur de son enseignement, son travail acharné et sa bienveillance auprès de ses internes et de ses patients. Recevez toute ma gratitude.

Mention spéciale aux Professeurs Rubio et Granier, grands professeurs de médecine générale de l'Albret. Pour leur dévotion sans faille envers leurs patients malgré un contexte d'exercice pas toujours facile, pour leur enseignement de la médecine générale et de la vie en générale !

Mention spéciale au Docteur Gainard Jean Paul, grand monsieur de la médecine, pour son tempérament de feu et son expertise médicale, j'ai beaucoup appris à vos côtés, veuillez recevoir ma profonde gratitude et mon respect le plus total.

Mention spéciale à toutes les infirmières et infirmiers, aides-soignantes et aides-soignants, ASH et secrétaires que j'ai pu croiser durant mes stages et avec qui j'ai pu faire équipe. Veuillez recevoir ma profonde gratitude et mon respect pour votre dévouement à ces métiers de la santé.

A ma famille,

A ma compagne et ma moitié Marie, qui chaque jour m'accompagne et me pousse à donner le meilleur de moi-même. Pour sa patience, sa douceur et son amour, malgré les situations compliquées de notre vie et mes maladresses. Merci de partager ma vie, je t'aime.

A mon Poupy, PW, Big Jo, Jojo d'amour, pour sa joie de vivre et son énergie inépuisable. Tu me pousses à être une meilleure personne tous les jours, un meilleur ~~beau~~ papa. Merci encore, je t'aime toi aussi.

A ma Marraine et mon Parrain, qui malgré tous les évènements de la vie ne m'ont jamais quitté, ont toujours été présent pour me soutenir dans mes choix. Merci à vous, je ne sais pas ce que j'aurai fait sans vous.

A mes tontons, tatas, cousins, pour tous ces bons moments passés qui ont permis que la vie soit plus douce. Mille merci.

A Domi, tonton de cœur, pour ton aide, ton soutien inconditionnel. Mille merci.

A ma belle-famille : Mylène, Yaya, Peyo, Papy Nounou and Co pour tous votre amour, votre soutien sans faille dans les bons comme dans les pires moments. Vous avez été toujours présents pour moi, je ne saurai comment vous remercier. Je vous aime.

A mes parents et mes frères, pour leur amour et leur présence durant ces longues années. Pour les bons et les mauvais moments et même si les choix que vous avez fait qui ne sont plus les miens. Si j'en suis arrivé là aujourd'hui, c'est aussi grâce à vous. Merci.

A ma grand-mère, pour ton amour et ta douceur, qui malgré un contexte de vie difficile ne cesse pas de m'aimer. Sache que je serai toujours là pour toi. Je t'aime.

A mon grand-père, qui malheureusement n'est plus là. J'aurai tellement aimé que tu puisses être parmi nous, que tu puisses me voir maintenant, à la toute fin de ce parcours du combattant. J'espère que tu es fier de moi et de la personne que je suis devenue.

A mes amis,

Qui pour la plupart sont comme des frères. Aux amis anciennement proches qui sont devenus des inconnus, aux inconnus qui sont devenus proches. Merci pour votre joie de vivre, nos bons moments, pour le partage. La vie est plus belle à vos côtés ... et j'espère pour de nombreuses années encore !

Au Docteur Bernard Cazeneuve, médecin de notre famille jusqu'à ta retraite, exemple pour la profession dans tes qualités humaines et professionnelles. Merci pour toutes ses années de bienveillance. Sincères amitiés.

Au Docteur EA A, pour son enseignement dans un premier temps, puis son amitié, son soutien, pour nos discussions interminables sur nos passés, la vie, l'amour ... merci d'être à mes côtés. Sincères amitiés.

Au Docteur Laurent Rubio, déjà remercié pour son enseignement, mais qui doit être remercié pour sa gentillesse et son humanité. Pour ses punchlines et ses conseils matrimoniaux ... tu as changé ma vie !!! Pour son soutien et son aide durant une des plus dures périodes de ma vie. Encore mille merci à toi et ta famille pour ton accueil.

A madame Sandrine Lasserre, pour son aide, son écoute, son amitié. Merci pour ta présence et ton affection dans toutes les situations, dont les plus difficiles. Tu es un exemple pour tous les soignants et pour toutes les mamans !

A tous ceux que j'oublie, mille merci ...

LISTE DES ABREVIATIONS :

ADOSPA : ADOlescents et Substances Psycho-Actives

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ASNA : Adolescent Social Network Assessment

BFST : Brief Strategic Family Therapy

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CJC : Consultation Jeune Consommateur

CRAFFT : Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble

CSBA : Computer-facilitated substance use Screening and Brief Advice

ELSA : Equipe Mobile de Soins en Addictologie

EM : Entretien Motivationnel

FMC : Formation Médicale Continue

GHB : Acide Gamma-HydroxyButyrique

HAS : Haute Autorité de Santé

IA : Intoxication Aiguë

IAA : Intoxication Alcoolique Aiguë

IB : Intervention Brève

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MDFT : Multi-Dimensional Family Therapy

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSP : Praticien de Soins Primaires

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

TAU : Treatment As Usual (Traitement habituel)

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TFBL : TimeLine Follow Back

TUAL : Trouble de l'Usage d'ALcool

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Y-SBNT : Youth Social Behaviour And Network Therapy

LISTE DES FIGURES

- ❖ Figure 1 : Evolution 2000-2017 des niveaux d'usage de tabac, boissons alcoolisées et cannabis à 17 ans (en %) (ESCAPAD 2017)
- ❖ Figure 2 : Evolution des principaux indicateurs de consommation récente à 16 ans entre 2003 et 2015 (ESCAPAD 2017)
- ❖ Figure 3 : Nombre d'indicateurs au-dessous/au-dessus de la moyenne nationale parmi alcool régulier, tabagisme quotidien, cannabis régulier, expérimentation d'au moins un autre produit illicite (ESCAPAD 2017)
- ❖ Figure 4 : Classifications catégorielles utilisées jusqu'en 2013 pour catégoriser les types d'usages d'alcool (OMS) et les troubles liés à l'usage d'alcool (DSM-IV)
- ❖ Figure 5 : Répartition des admissions pour IAA au SAU de Rennes chez les moins de 25 ans sur la période de 2008 à 2010 (Les alcoolisations aiguës des jeunes admis dans les services d'urgences de Bretagne)
- ❖ Figure 6 : Orientation des adolescents de 10 à 15 ans après screening des facteurs de risque de troubles de l'usage d'alcool (Prise en charge de l'alcoolisation aiguë des moins de 25 ans aux urgences)
- ❖ Figure 7 : Diagramme de flux PRISMA : Flow Chart
- ❖ Figure 8 - Origine de la démarche de se rendre en Consultation Jeune Consommateur selon le sexe (Les Consultations jeunes consommateurs, une aide aux jeunes et à leur entourage)
- ❖ Figures 9 : Arbre décisionnel de prise en charge des mineurs aux urgences pour Intoxication Aiguë selon le kit « Jeunes et Urgences »

LISTE DES TABLEAUX

- ❖ Tableau 1 : Description des Etudes en Soins Primaires
- ❖ Tableau 2 : Description des Etudes en Secteur Hospitalier

INTRODUCTION

❖ **Etat des lieux des consommations de substances chez les adolescents :**

La consommation de substances psychoactives et donc potentiellement addictives est fréquente chez les moins de 18 ans. Elle débute généralement vers l'âge de 12 ans (1) (Etude ESCAPAD de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies datant de 2017). Malgré une baisse tendancielle depuis 2014, le niveau de consommation de substances psychoactives des adolescents reste important en France. (Figure 1) (1)

Les substances les plus fréquemment consommées sont par ordre de fréquence les substances licites avec le tabac et l'alcool suivi par les substances illicites avec le cannabis.

La Consommation de tabac :

A 17 ans, 25 % des adolescents fument quotidiennement du tabac. Néanmoins, une baisse tendancielle est observée pour l'expérimentation ainsi que pour les consommations régulières (Figure 1). Le gouvernement a pour objectif en 2030 d'avoir la première génération sans tabac (moins de 5% de fumeurs). (2)

La consommation d'alcool :

8% des adolescents consomment de l'alcool plus de 10 fois par mois. Bien que les consommations d'alcool des jeunes soient devenues moins fréquentes que leurs aînés, elles sont plus importantes, rapides et centrées sur l'ivresse : c'est le phénomène du « binge drinking ». C'est un mode de consommation retrouvé dans de nombreux pays d'Europe, en particulier anglo-saxons et du nord. Généralement, il s'agit d'une consommation qui dépasse nettement les seuils fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé, soit 5 unités standard chez les hommes et 4 unités standard chez les femmes, lors d'une même occasion. Les alcoolisations sont réalisées dans le but d'une recherche d'un état second le plus rapidement possible (alcoolo-défoncé), en groupe, en public et rarement dans les bars. Cette pratique apparaît et se démocratise chez les jeunes de 14 ans à 16 ans. A noter que l'ivresse aiguë est rare avant 13 ans. Bien que majoritairement masculin, cette pratique augmente chez les filles. (3)

Au niveau des substances illicites, le cannabis a une place prépondérante (9% des jeunes français disent fumer du cannabis au moins une fois par mois, ce chiffre grimpe à 25% en région parisienne), suivi par diverses drogues : cocaïne, ecstasy, MDMA et GHB (3% des 14-17 ans déclarent en avoir déjà consommé). (4) (5)

Les tendances observées montrent une réduction de tous les types de consommations, mais celle-ci est plus forte sur les expérimentations alors que le pourcentage de consommateurs réguliers a tendance à stagner. (Figure 1)

A noter que les tendances des consommations retrouvées en France sont sensiblement les mêmes que dans les autres pays européens. (Figure 2)

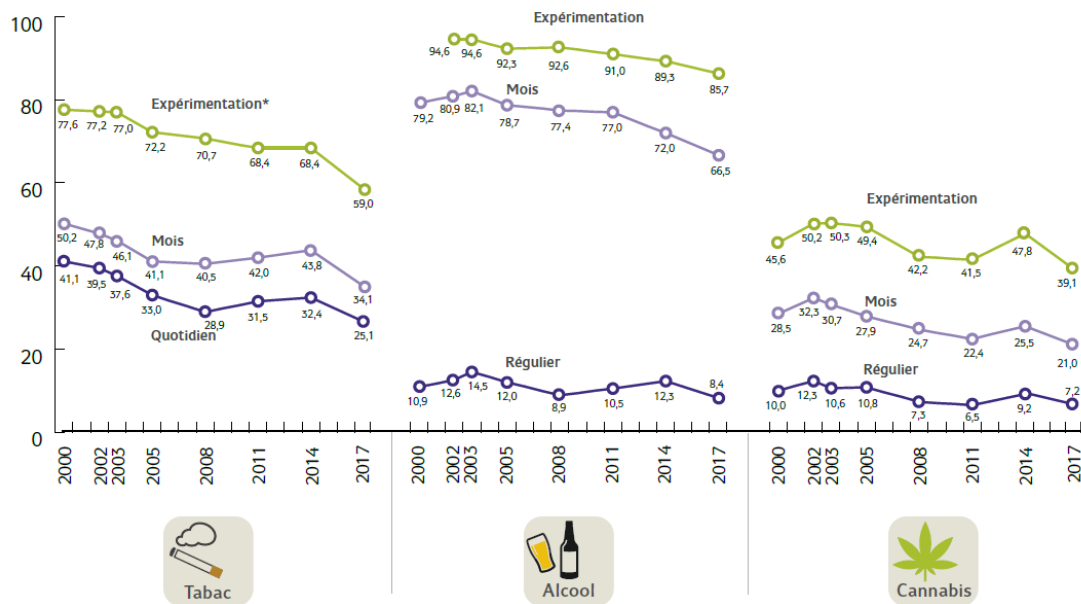
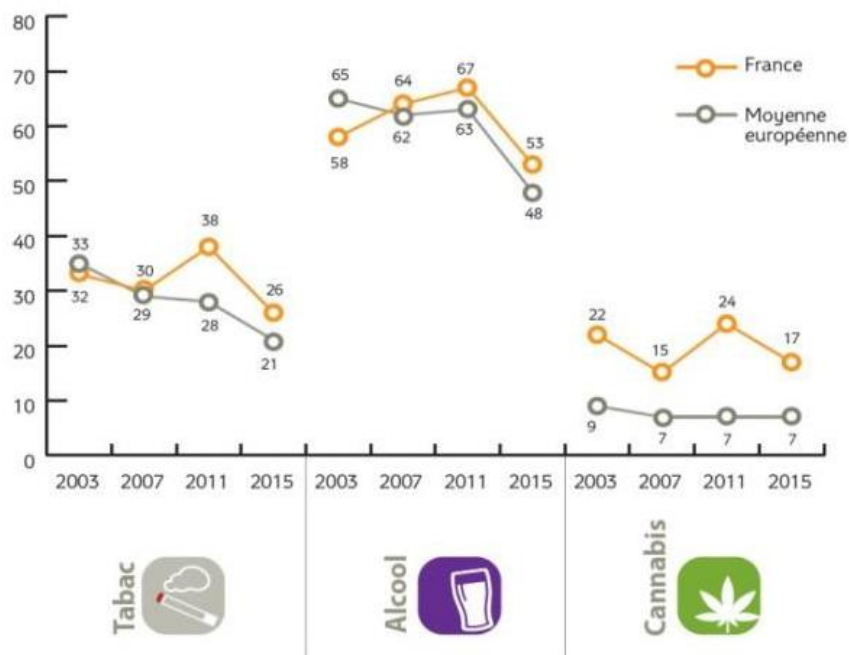


Figure 1. Evolution 2000-2017 des niveaux d'usage de tabac, boissons alcoolisées et cannabis à 17 ans (en %)



* : la moyenne européenne est calculée à partir des prévalences de l'ensemble des pays participants, y compris la France, chaque pays comptant pour un, indépendamment de sa taille.

Sources : ESPAD 2003, 2007, 2011 et 2015

Figure 2. Evolution des principaux indicateurs de consommation récente à 16 ans entre 2003 et 2015

Quel que soit le produit considéré, la précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation régulière accroît les risques de dépendance ultérieure et, plus généralement, de dommages. En s'attaquant le plus tôt possible au risque d'expérimentation chez les adolescents, on réduit le risque de consommation à risque et donc de dépendance future chez les adultes. (4)

(6)

Il existe une disparité régionale des consommations chez les jeunes.

Comme nous pouvons le voir sur la figure 3, la région Nouvelle Aquitaine est très marquée par les problématiques d'alcool.

La prévention et la prise en charge des problématiques addictives chez les jeunes, notamment dans la région Nouvelle Aquitaine, relève d'un problème de santé publique ; il est donc primordial de s'y pencher.

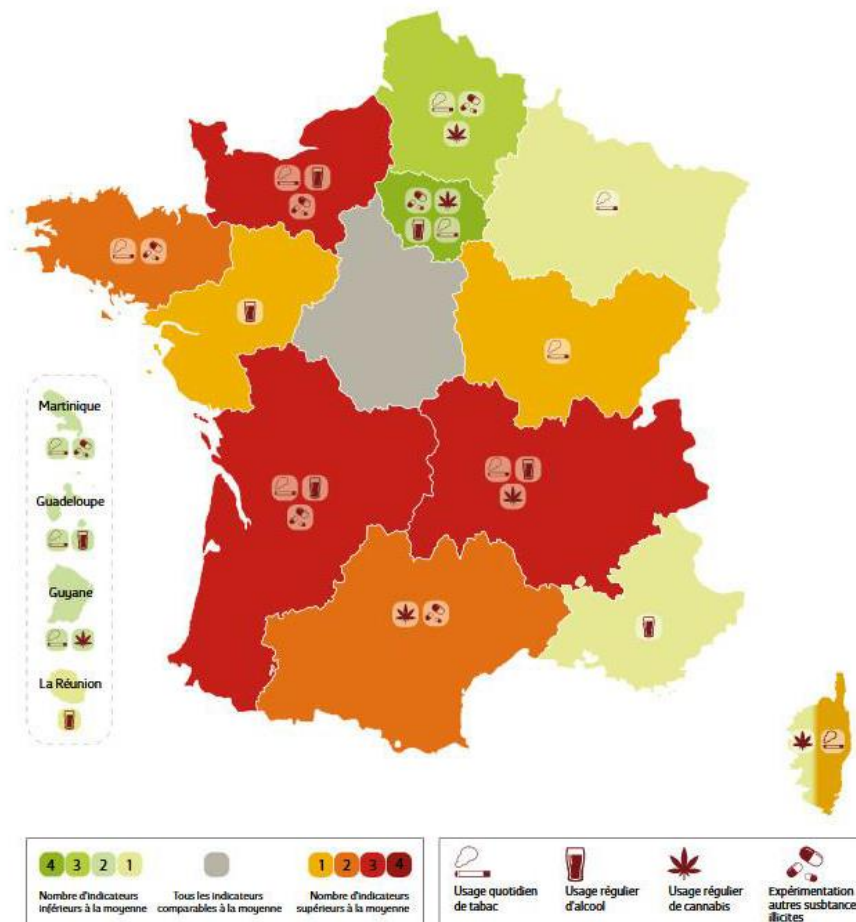


Figure 3. Nombre d'indicateurs au-dessous/au-dessus de la moyenne nationale parmi alcool régulier, tabagisme quotidien, cannabis régulier, expérimentation d'au moins un autre produit illicite (ESCAPAD 2017)

❖ **Problématique pour les professionnels de santé**

A l'hôpital :

Les professionnels de la région Nouvelle-Aquitaine ont ainsi constaté une augmentation régulière des venues aux urgences de jeunes consommateurs suite à une alcoolisation massive, à une intoxication aiguë liée à une autre substance psychoactive ou à une situation de poly-consommation importante. (1)

La part des admissions aux urgences pour Intoxications Alcoolique Aiguë (IAA) toutes tranches d'âges confondues a été évaluée par une étude réalisée en 2011, à partir du réseau OSCOUR (Organisation de la Surveillance COordonnée des Urgences), qui avait pour but de décrire le nombre de passage sur l'année pour intoxication éthylique aiguë. Il a été recensé 100 404 passages pour intoxication éthylique aiguë, ce qui représente 1% de l'ensemble des passages aux urgences. (7)

Comme le montre cette étude réalisée dans les services d'urgences de Bretagne en 2012 (8), il existe un réel besoin chez les urgentistes d'établir des plans de prises en charge efficaces et adaptées, dont le but ne serait pas seulement de soigner les problématiques somatiques aiguës, mais bien de réaliser une action de prévention addictologique et psychiatrique afin de prévenir les récurrences.

Les Intoxications Alcoolique Aigue (IAA) des 16 ans-25 ans représentent, selon l'étude Bretonne de 2012 (8), entre 14 % et 22 % des IAA admises aux urgences de Lorient, Vannes et Rennes.

Les services d'urgences sont généralement les seuls endroits où des adolescents seront pris en charge en état d'intoxication aiguë (IA). Malgré l'existence de recommandation ANAES de 2001 (9) et plus récemment de la SFMU en 2006 (10), aucun programme scientifiquement reconnu n'a pu être mis en place.

Actuellement, la plupart des prises en charge se limitent à la prise en charge de l'intoxication aiguë. Il n'y a presque pas de prise en charge de la cause et des facteurs déclenchants ces consommations, de prise en charge psycho-sociale et addictologique (les prises en charge addictologiques au CHU de Bordeaux débutent à 18 ans). Cette prise en charge est pourtant essentielle afin de prévenir les récurrences et donc désengorger les services d'urgences.

En médecine de ville :

En médecine de ville, le constat est identique. Il n'existe pas d'intervention addictologique systématique mis en place à destination des médecins généralistes. Les consommations de substances sont généralement abordées avec les adolescents durant certaines consultations de suivi mais reste à l'appréciation et à l'initiative du praticien. De plus, certains praticiens ne sont pas forcément à l'aise ni sensibilisés aux problématiques addictives.

Il existe un manque flagrant de formation des médecins généralistes en formation initiale comme en formation continue.

Une autre problématique réside dans l'absence de dépistage systématique de masse en prévention primaire. La majorité des interventions addictologiques à destination des adolescents sont faites dans les établissements scolaires sous forme d'interventions ponctuelles sans réelle structure établie. De plus, la médecine scolaire est quasi inexistante en France.

Pour faire le lien entre médecine d'urgence et médecine de ville, un compte rendu de passage est généralement réalisé. Toutefois, ceci n'est pas systématique. Lorsque le courrier est remis au patient, rien ne garantit qu'il le remette à son tour à son médecin traitant. Il existe donc une perte d'information qui entraîne une non continuité des soins. Il sera donc important de se poser la question de l'articulation des différents intervenants, notamment du lien médecine d'urgence et médecine de soins primaires.

❖ **Niveau de gravité des consommations de substances psychoactives**

Une IA de l'adolescent conduisant à une admission en SAU ne doit pas être banalisée. En effet, une IA chez l'adolescent est très souvent le reflet de troubles psycho-sociaux sous-jacent. (11)
La grande majorité des admissions pour IA concerne des intoxications à l'alcool.

Or, le degré de dépendance à l'alcool reste difficile à apprécier. Il n'existe pas d'échelle de dépendance des adolescents à l'alcool validée en français.

Une classification existe cependant pour les adultes, à travers le DSM IV (voir Figure 4) puis plus récemment, la mise à jour du DSM V (Voir Annexe I).

Pour ce qui concerne les usages d'alcool, la distinction entre abus et dépendance n'existe plus dans le DSM-V. Les termes « abus » et « alcoolodépendance » ont disparu, au profit du diagnostic unique "alcohol use disorder" ou trouble d'usage d'alcool (TUAL). (12)

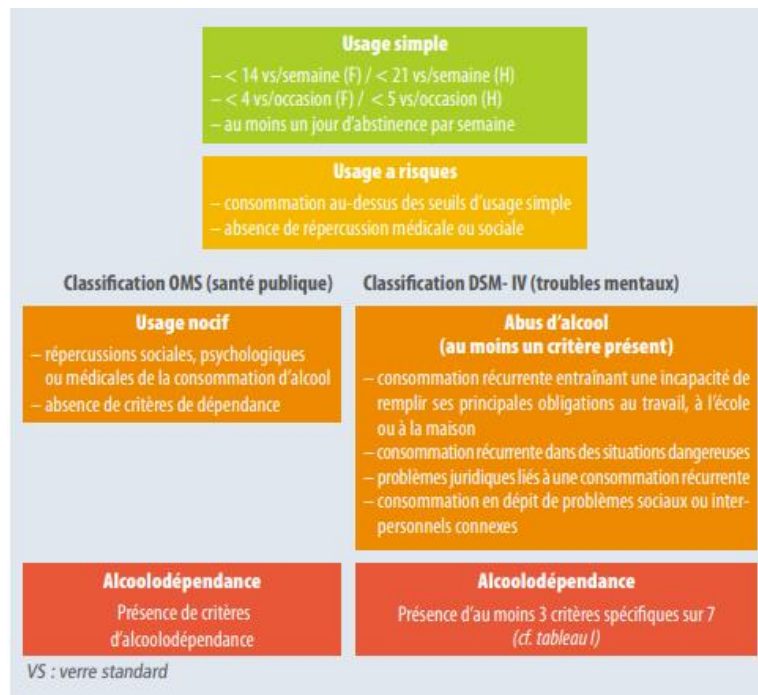


Figure 4. Classifications catégorielles utilisées jusqu'en 2013 pour catégoriser les types d'usages d'alcool (OMS) et les troubles liés à l'usage d'alcool (DSM-IV).

La consommation d'alcool chez un jeune peut parfois être révélateur d'une souffrance cachée nécessitant une prise en charge adaptée. Les consommations de substances et les prises de risques peuvent également être le reflet des bouleversements intérieurs chez les adolescents, avec un besoin de tester voire de dépasser les limites, de s'affirmer en tant qu'individu. (4) Certains jeunes peuvent, à travers leurs consommations, mettre en danger leur vie ou celle de leur entourage. Il est aussi aujourd'hui démontré que, plus les consommations d'alcool sont précoces, plus le risque de voir s'installer une dépendance à l'âge adulte, est élevé. (9)

La notion d'intoxication alcoolique aiguë (IAA) est une notion médicale faisant référence à une ingestion excessive d'alcool par un sujet.

Comme le définit la conférence de consensus de l'ANAES (9), le diagnostic d'IAA est basé sur un faisceau d'arguments anamnestiques et cliniques et correspond à plusieurs niveaux de gravité. Pourtant les signes cliniques d'imprégnation éthylique et la gravité de l'IAA peuvent être discordants, d'autant plus si l'intoxication est chronique.

Les conférences de consensus distinguent l'IAA isolée non compliquée, l'IAA avec agitation psychomotrice et l'IAA avec des troubles de la vigilance. Le coma éthylique qui en est la forme la plus grave et peut entraîner la mort (asphyxie par inhalation).

La mesure de l'alcoolémie dans le sang (éthanolémie) ou dans l'air expiré (éthylométrie) reste la meilleure méthode pour estimer l'imprégnation éthylique au niveau cérébral. Elle est recommandée pour lever un doute diagnostique. Elle permet également au patient de se confronter à la réalité des consommations en levant le déni. (8)

L'actualisation 2006 de la conférence de consensus met l'accent sur la consommation d'alcool comme facteur de risque de suicide. Elle explique que devant toute IAA, une recherche des motivations à consommer de l'alcool doit être réalisée par le praticien. (10)

Cette réactualisation intègre aussi l'intoxication de type « Binge-drinking » ou « alcoolo-défonce », avec la prise, lors d'une même occasion, d'au moins 5 verres d'alcool chez l'homme ou de 4 verres chez la femme. Ce mode de consommation peut être réellement problématique, sur le plan traumatologique (accident de la voie publique, rixe...) et sur le plan social (désinhibition avec majoration de l'agressivité et des comportements violents).

L'actualisation 2006 approfondit l'IAA chez l'adolescent (13). Les risques somatiques sont comparables à ceux des adultes. Néanmoins, une IAA chez l'adolescent peut être le signe de problématiques graves, notamment sur le plan psychologique, voire psychiatrique. Le jeune peut déjà présenter une alcoolo-dépendance, parfois associés à d'autres substances psychoactives. Le risque suicidaire doit être évalué devant la fragilité de cette population, avec appréciation des facteurs familiaux et de l'entourage proche (possible présence de maltraitance, d'abus sexuels, d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux). (9)

Globalement, on peut donc en conclure que tout passage pour IAA d'un mineur doit être considéré comme un trouble de l'usage d'alcool (TUAL) et pris en charge comme tel. (10)

❖ Etat actuel de la prise en charge des adolescents aux urgences du CHU pour IA

Il est recommandé d'hospitaliser au minimum les adolescents 72 heures afin de pouvoir faire une évaluation psychosociale.(9) La problématique de l'hospitalisation des adolescents pour 72 heures se pose. Nous pouvons observer sur la Figure 5 la répartition des admissions aux urgences pour IAA aux urgences de Rennes chez les moins de 25 ans.

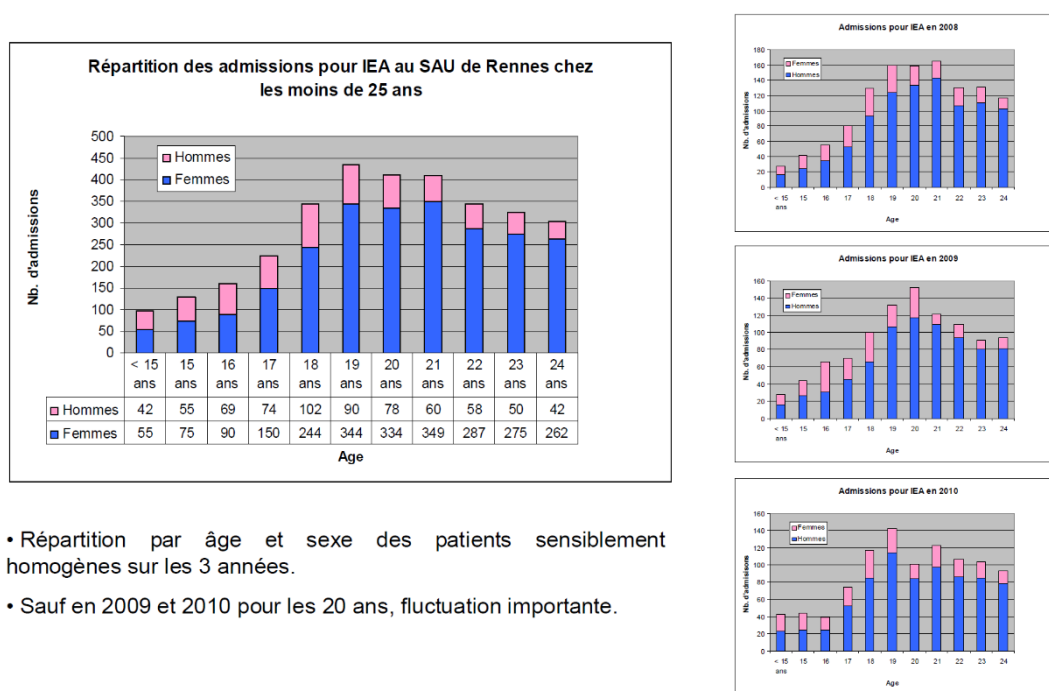


Figure 5. Répartition des admissions pour IAA au SAU de Rennes chez les moins de 25 ans sur la période de 2008 à 2010

Les IAA chez les mineurs de 10 à 15 ans sont ainsi moins fréquentes mais pas moins préoccupantes. Ces jeunes sont surtout concernés par l'expérimentation de l'alcool et de l'ivresse, les autres modalités d'alcoolisation (consommations régulières, ivresses répétées et binge drinking) restants rares avant 16 ans (14). Il existe peu d'études réalisées chez les jeunes de moins de 15 ans. Cela pourrait s'expliquer par la rareté de ces événements et par le fait que la gravité des consommations est moindre, l'ivresse aiguë non compliquée pouvant être gérée à domicile, et n'entraîne pas d'hospitalisation. (14)

Les recommandations de l'ANAES de 2001 sont globalement bien respectées chez cette tranche d'âge. L'hospitalisation courte en pédiatrie voire pédopsychiatrie est généralement réalisée avec une recherche des différents facteurs de risques psycho sociaux.

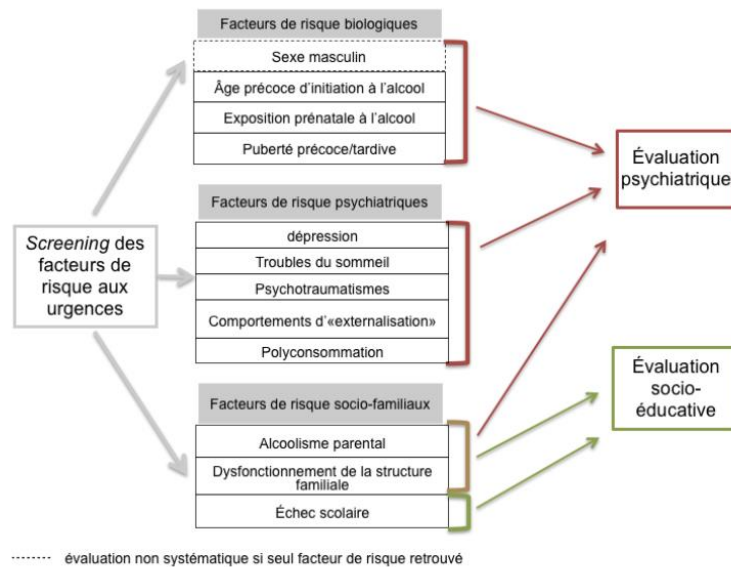


Figure 6. Orientation des adolescents de 10 à 15 ans après screening des facteurs de risque de troubles de l'usage d'alcool

Au CHU, à partir de 15 ans et 3 mois, les adolescents sont pris en charge par les urgences adultes. La tranche d'âge des 15 ans-18 ans correspond à la majorité des cas IAA chez les mineurs. (15) (voir Figure 5).

La prise en charge d'une IAA est bien plus complexe pour les mineurs de plus de 15 ans se retrouvant aux urgences adultes, et aux nombreuses problématiques inerrantes aux urgences, une des principales étant le manque de place pour des hospitalisations courtes en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) déjà monopolisée par les personnes âgées et autres problématiques somatiques nécessitant une surveillance. La synthèse des résultats de l'enquête réalisée au CHRU de Rennes en 2011 sur la prise en charge de l'alcoolisation aiguë des moins de 25 ans aux urgences montre un raccourcissement des durées moyennes d'hospitalisation par rapport à la tranche d'âge des plus de 25 ans. Cela s'explique par le fait que l'état clinique en aiguë est souvent moins grave chez les moins de 25 ans, avec moins de traumatologie ou de pathologies associées. Le retour à domicile est donc la voie privilégiée.

Bien que la proportion des patients ayant une évaluation addictologique soit en augmentation croissante, la majorité des patients n'en bénéficie pas. (15)

Tous les jeunes admis aux urgences en intoxication éthylique aiguë ne présentent pas les mêmes facteurs de risque en matière de consommation d'alcool. Mais une proportion très élevée de jeunes quitte l'hôpital sans faire l'objet d'une évaluation par un professionnel. Il est impossible de définir la proportion de patients à risque de récurrence, voire de dépendance. Le passage aux urgences pour IAA devient ainsi banal et n'entraîne aucune conséquence sur le suivi. (15)

L'étude bretonne du CHU de Rennes montre bien les difficultés rencontrées aux urgences adultes pour la prise en charge des mineurs et relève notamment des diverses problématiques ; Le nombre de lits d'hospitalisation est insuffisant, les personnes admises pour une IAA ne font pas nécessairement l'objet d'une prise en charge spécifique, les équipes d'urgentistes manquent de formation sur le thème de l'alcool, le résultat du travail des équipes de liaison type Equipe Mobile de Soins en Addictologie (ELSA) manque de visibilité.

Il existe un manque d'interconnexion entre les nombreux acteurs en amont et en aval des IAA en soins primaires comme à l'hôpital. (15)

Il est donc nécessaire d'établir une recherche approfondie sur la prise en charge des mineurs aux urgences adultes pour intoxication aiguë (IA), notamment intoxication alcoolique aiguë (IAA), afin de pallier ces diverses problématiques rencontrées par les professionnels de santé.

❖ **Question de recherche**

La question de recherche a été élaborée en fonction du sujet, à savoir : « **Comment améliorer la prise en charge et le suivi des adolescents de 12 à 18 ans présentant une problématique addictologique aux urgences et en médecine de ville ?** ».

L'objectif principal est de réaliser, à travers une recherche bibliographique, un état des lieux des programmes de prévention et de soins non médicamenteux des problématiques addictives chez les mineurs de 12 ans à 18 ans aux urgences et en soins primaires, avec évaluation de l'efficacité des interventions.

L'objectif secondaire est de dégager des pistes pour la mise en place d'une intervention la plus efficace possible aux urgences du CHU de Bordeaux et en soins primaires.

MATERIEL ET METHODE

❖ Schéma d'étude

Pour répondre à cette question de recherche, une revue systématique de la littérature a été réalisée. Ont été inclus dans cette revue des articles portant sur la prise en charge en soins d'addictologie d'adolescent aux urgences et en soins primaires, publiés entre 2000 et 2020, en langue française ou anglaise, réalisés en Europe, aux Etats Unis, au Canada et en Australie. La méthodologie PRISMA-P a été utilisée pour ce travail.

❖ Stratégie de recherche

Après différents essais d'équations de recherche sur les différentes bases de données (PUBMED, COCHRANE, CAIRN, SCOPUS, GOOGLE SCHOLAR), il a été décidé de se focaliser sur les bases de données PUBMED et COCHRANE devant leur pertinence et le nombre important de références bibliographiques.

Une sélection des termes MESH pour qualifier l'équation de recherche a été réalisée :

- Pour la qualification de la population de l'étude : les termes « adolesc* ; youth ; child* ; teenager ; minors » ont été utilisés pour l'équation de recherche.
- Pour la qualification de l'intervention : programme de prévention et de soins, les termes « preventive medicine ; Preventative Care ; preventi* ; follow-up » ont été utilisés.
- Pour la qualification de la problématique addictive, les termes « addicti* ; substance-related disorders ; substance abuses » ont été utilisés.
- Pour la qualification du lieu de prise en charge, les termes « emergenc* ; emergency health service ; ambulatory care » ont été utilisés.
- Le terme « drug therapy » a été utilisé quasiment systématiquement sur les équations de recherche pour exclure la composante médicamenteuse.

L'équation de recherche est ainsi composée de plusieurs lignes utilisant les opérateurs Booléens « AND, OR, NOT » avec une sélection des termes MESH pour les titres et résumés [TITLE/ABSTRACT] afin d'éviter un nombre très important de résultats.

Comme paramètres de recherche, la sélection de la langue s'est limitée à des articles en français/anglais sur une période rétrospective de 20 ans : de 2000 à 2020, avec une limitation géographique à l'Europe centrale, les Etats Unis, le Canada, l'Australie, pour avoir le maximum de représentativité avec le système de soins français.

Equations de recherche utilisées sur PUBMED et COCHRANE :

- "Search (((((((child*) OR teenager*)) OR youth)) OR adolescen*)) AND substance-related disorders[Title/Abstract]"
- "Search (((((((((((child*) OR teenager*)) OR youth)) OR adolescen*)) AND substance-related disorders[Title/Abstract])) NOT drug therapy"
- "Search (((((((((((child*) OR teenager*)) OR youth)) OR adolescen*)) AND substance-related disorders[Title/Abstract])) AND Emergency Health Service"
- "Search (((((((((((child*[Title] OR teenager*[Title]) OR youth[Title]) OR adolescen*[Title]) AND addicti*[Title]) AND preventi*[Title/Abstract])"
- "Search (((((((((((child*[Title] OR teenager*[Title]) OR youth[Title]) OR adolescen*[Title]) AND addicti*[Title/Abstract])) AND Emergency Health Service"
- "Search (((((((((((child*[Title] OR teenager*[Title]) OR youth[Title]) OR adolescen*[Title]) AND substance-related disorders[Title/Abstract])) AND preventi*"
- "Search (((((((((((child*[Title] OR teenager*[Title]) OR youth[Title]) OR adolescen*[Title]) AND substance-related disorders[Title/Abstract])"
- "Search ((child*[Title] OR teenager*[Title]) OR youth[Title]) OR adolescen*[Title]) AND addicti*[Title]) AND preventi*[Title/Abstract]) NOT drug therapy"
- "Search (((((((((((child*[Title] OR teenager*[Title]) OR youth[Title]) OR adolescen*[Title]) AND addicti*[Title]) AND preventi*[Title/Abstract])"
- "Search (((((((((((child*[Title] OR teenager*[Title]) OR youth[Title]) OR adolescen*[Title]) AND addicti*[Title]) AND preventi*[Title/Abstract])"
- "Search (((((((((((child*[Title] OR teenager*[Title]) OR youth[Title]) OR adolescen*[Title]) AND addicti*[Title]) AND preventi*[Title])"
- "Search (((((((((((child*[Title] OR teenager*[Title]) OR youth[Title]) OR adolescen*[Title]) AND addicti*[Title/Abstract])) AND preventi*[Title/Abstract])) AND emergenc*[Title/Abstract]"

La gestion des sources et des références bibliographiques a été effectuée grâce au logiciel ZOTERO (Zotero, V.5.0.96.3, 19/08/2021). Les résultats ont été enrichis par d'autres sources, sans recherche dans les bases de données, notamment par suggestion d'articles connexes, ou portant sur le même sujet (snowballing procedure)

❖ **Processus de sélection des données**

Le corpus de base des références a été créé en rentrant les équations de recherche sur les deux bases PUBMED et COCHRANE.

Après extraction des doublons, les deux banques de données ont été regroupées pour l'exclusion sur les titres. Les critères d'exclusions à ce niveau-là portaient essentiellement sur langue (autre que anglais/français), la période d'étude (hors de la période 2000/2020), la population de l'étude (population non pédiatrique, hors de la tranche d'âge 12/18 ans), le sujet de l'étude (étude ne portant pas sur de l'addictologie, étude sur la prise en charge thérapeutique).

Après l'exclusion sur les titres, une exclusion sur les résumés a été réalisée, en affinant les critères d'exclusion : ont été retiré les études se déroulant hors secteur sanitaire (intervention scolaire, associatif), les études type screening, dont le but est de détecter les problématiques addictives chez les jeunes, les études dont la population est trop spécifique (ethnie particulière, groupe présentant une pathologie précise déjà connue, genre particulier, attirance sexuelle particulière).

En cas de doute, l'étude n'a pas été exclue et laissée pour l'étape suivante de sélection.

La suite du processus de sélection a consisté en une lecture complète des références. La lecture a été réalisée par l'auteur de l'étude et sous la supervision du co-directeur de thèse. Une décision collégiale a permis de trancher sur le maintien ou l'exclusion de certaines références.

❖ **Analyse des données**

Le degré de qualité de chaque étude a été évalué grâce à différentes échelles ; les lignes directrices COREQ pour les recherches qualitatives, les critères du groupe CONSORT pour les essais contrôlés, les critères STROBE pour les études descriptives et les critères PRISMA-P pour les revues de la littérature.

Une grille de lecture a été rédigée pour chaque référence retenue, avec mention des informations essentielles qualifiant l'étude (Auteur, Date de publication/réalisation, sujet et population de l'étude, description de l'étude en termes de méthodologie et résultats) ainsi qu'une évaluation critique sur la qualité de l'étude et des résultats.

Une synthèse des fiches de lecture a été élaborée afin de présenter les différents résultats sous la forme de 2 tableaux, classés par date de parution et par secteur de soins afin d'avoir une vue d'ensemble rapide sur les données recueillies. Le classement par date de parution/réalisation de l'étude a permis d'observer l'évolution des études et des résultats au cours du temps.

RESULTATS

❖ Sélection des références

Un total de 531 références correspondant aux critères d'inclusions et issus des équations de recherche sur les bases de données COCHRANE et PUBDMED ont été sélectionnées. L'extraction des doublons a éliminé 1 référence.

L'étape suivante a permis de retenir 95 références sur la lecture des titres, puis 15 références sur la lecture des résumés en respectant les critères d'exclusions.

Nous avons retenu par la suite 12 références pour la lecture complète (non disponibilité du texte intégral pour 3 références ; étude en deux parties sur 2 publications différentes qui ont été compilées).

Une recherche bibliographique complémentaire, notamment grâce à la lecture de références citées dans les études sélectionnées, a permis d'inclure 5 nouvelles références pour l'analyse.

Sur les 16 études retenues pour la lecture complète, 13 sont finalement sélectionnées pour la synthèse qualitative (exclusion d'une étude dont l'objectif principal n'était pas pertinent et concernait l'évaluation d'une intervention anti cannabis sur son impact sur la délinquance des adolescents ; exclusion de trois études dont les résultats n'ont pas été encore publiés et sont en cours). (Voir Figure 7.)

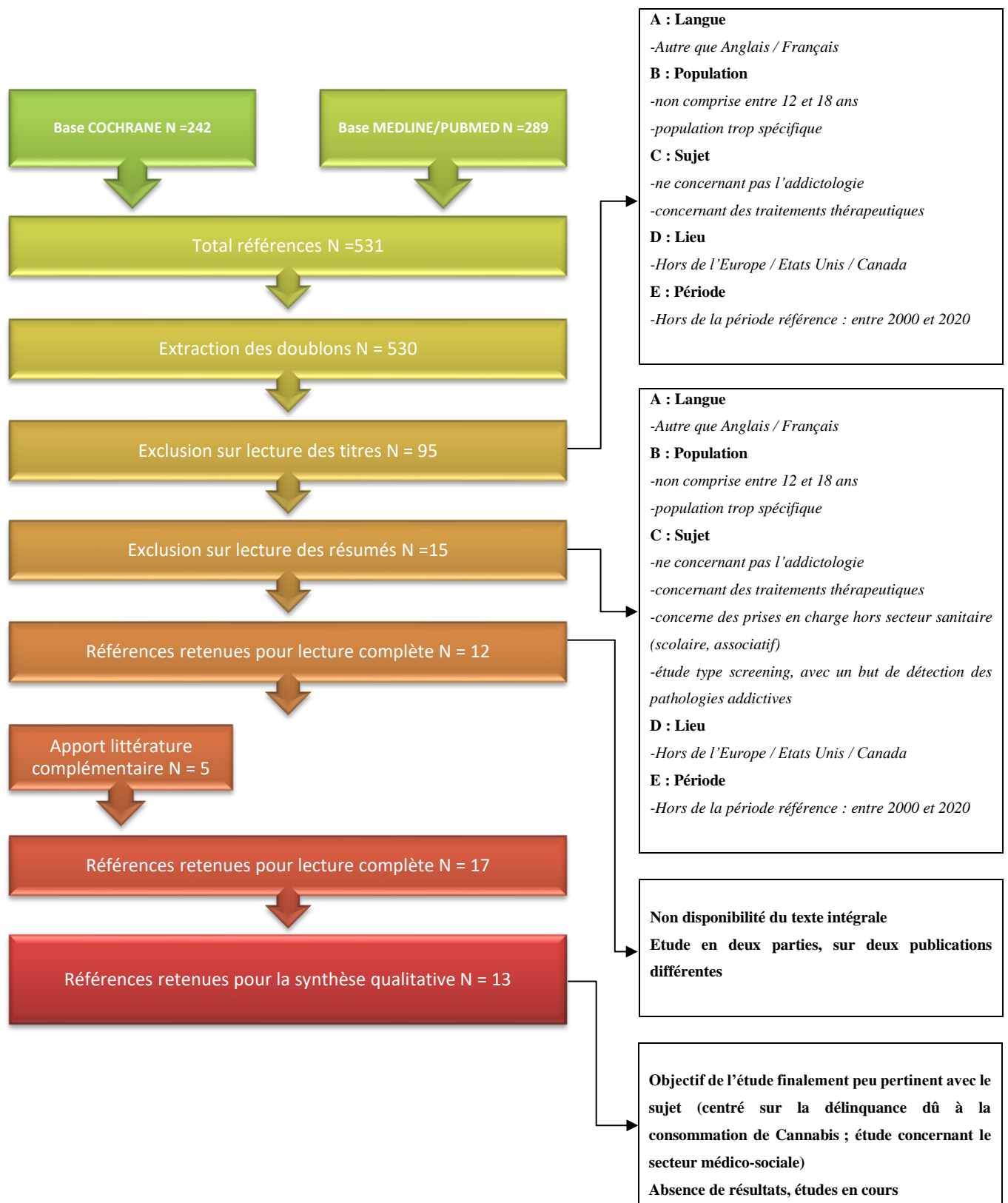


Figure 7. Diagramme de flux PRISMA : Flow Chart

❖ **Caractéristiques des études incluses**

Nous avons sélectionné 13 références correspondant à 13 études. Ces études ont été réalisées entre 2000 et 2020 et sont disponibles en langue anglaise.

8 études ont été menées aux Etats Unis ; 5 études en Europe de l'Ouest (Allemagne, Royaume Unis, Italie).

Sur les 13 études, 6 sont des essais cliniques randomisés, 1 est une revue systématique de la littérature, 1 est une revue scopée de la littérature, 3 études sont des essais cliniques comparatifs non randomisés, 1 est une étude descriptive et enfin 1 est une étude rétrospective.

7 études concernent des interventions menées en secteur de soins primaires. (Voir Tableau 1)

6 études concernent des interventions menées en secteur hospitalier. (Voir Tableau 2)

❖ **Etudes en secteur de soins primaires**

Caractéristiques des études :

7 études concernent des interventions menées en secteur de soins primaires : 3 essais cliniques randomisés, 3 essais cliniques non randomisés, 1 étude descriptive. (Voir Tableau 1)

Tableau 1. Description des Etudes en Soins Primaires

Auteurs (Année) (Référence)	Pays	Schéma	Méthode – Population	Objectif Principal	Intervention
Myers and Brown (2005) (17)	Etat Unis	Essai Contrôlé	54 adolescents (13-18 ans) avec addiction tabac ; Répartition en 2 groupes : traitement (SRC) et contrôle (WL) ; Suivi sur 6 mois ; Critères d'évaluation : tentative sérieuse d'arrêt ; Abstinence complète (sur au moins 7 jours) ; Nombre de cigarettes consommées par jour.	Motiver les tentatives de sevrage et de fournir aux participants avec des compétences et des stratégies pour un changement de comportement.	Communication type entretien motivationnel. Thérapie de groupe de 6 séances hebdomadaires d'une heure ; Chaque session s'est ouverte par une discussion de groupe (progrès, problèmes rencontrés, etc.). Chaque session est terminée par l'établissement d'objectifs et une discussion.
Myers et al. (2008) (18)	Etat Unis	Essai Clinique Randomisé	54 adolescents (13-18 ans) avec des co-addictions tabac + substances ; Intervention antitabac en groupe (sessions de 6 heures par semaine) ; Groupe traitement recevant l'intervention et groupe contrôle en liste d'attente ; Randomisation dans les groupes ; Evaluation de suivi à 3 et 6 mois après la dernière intervention ; Mesure à l'aide du TSQ (Teen Smoking Questionnaire) ; TLFB (Time Line FollowBack) ; PIS (Personal Involvement Screen) ; Vérification des consommations auto déclarées avec test salivaire et mesure du CO expiré.	Etudier l'effet d'une intervention antitabac sur les jeunes sur les consommations associées d'alcool et de drogues.	Communication type entretien motivationnel/éducation thérapeutique ; Intervention de groupe ; Six séances hebdomadaires d'une heure pour motiver et encourager les changements comportement tabagique.
Robbins et al. (2009) (16)	Etat Unis	Essai Clinique Randomisé Prospectif (CONSORT)	480 jeunes avec leurs familles (prédominance de garçon) ; 49 thérapeutes pour le suivi (randomisé) ; Critères d'inclusions spécifiques (consommation de drogues autres que tabac et alcool sur une période de 30 jours avant l'enregistrement pour l'étude) ; Vie familiale déclarée, avec habitation de l'adolescent et de sa famille dans la même zone géographique ; Randomisation en 2 groupes : BSFT et TAU ; BSFT : intervention pratique, centrée sur le problème, structurée, suivant un process bien établi. (Intervention sur l'adolescent et sa famille). 12 à 16 sessions sur une période de 4 mois ; TAU : séance de thérapie individuelle ou de groupe, non formalisé sans process ; Autorisation des thérapeutiques médicamenteuses durant la procédure pour les deux groupes si nécessaire (évaluation psychiatrique).	Comparaison du traitement BSFT (Brief Strategic Family Therapy) [Thérapie Familiale en Intervention Brève] vs TAU (Therapy As Usual) chez les adolescents présentant des problèmes de consommation de drogue afin de réduire les consommations, problèmes de comportement, comportements sexuels à risque, relation familiale parent/adolescent.	Communication type entretien motivationnel/éducation thérapeutique. BSFT est conçu pour aborder les aspects du fonctionnement de la famille qui se sont avérés être associés à la consommation de drogues chez les adolescents et problèmes de comportement. BSFT est une intervention structurée, centrée sur les problèmes, approche directive et pratique, suivant un processus. 12 à 16 sessions sur une période de 4 mois, et jusqu'à 8 séances de « rappel ».

Harris et al. (2012) (19)	Etat Unis et Prague	Essai comparatif	2096 adolescents USA et 589 à Prague ; Etude de Cohorte avec régression logistique (étude prospective) ; Echantillons d'adolescents passant en soins primaire pour soins courant ; Screening avec le CRAFFT par assistants dans la salle d'attente ; Phase TAU pendant 18 mois, puis crossover et phase CSBA pendant 18 mois ; Follow Up à 3 et 12 mois ; Questionnaire autonome informatisé ; Evaluation de l'intervention sur l'initiation aux consommations et sur l'arrêt.	Effet de la méthode CSBA (Computer-Facilitated Substance Use Screening and Brief Advice) sur le screening et l'IB chez les adolescents pour l'abus d'alcool et cannabis	RPIB : Auto screening avec questionnaire CRAFFT ; Résultats donnés en direct par le CRAFFT sous forme de niveau de risque (léger/moyen/haut) ; Informations scientifiques + true life stories ; Le temps d'intervention moyen était de 5 minutes. Les assistants ont reçu un rapport formulaire avec les résultats du dépistage et niveau de risque. 6 à 10 « points de discussion » conçu pour inciter 2 à 3 minutes de conversation entre les assistants et l'adolescent sur les effets sur la santé de la consommation de substances, et abstinence recommandée.
Louis-Jacques et al. (2013) (20)	Etat Unis et Prague	Essai comparatif	2096 adolescents USA et 589 à Prague ; Etude de Cohorte avec régression logistique (étude prospective) ; Echantillons d'adolescents passant en soins primaire pour soins courant ; Screening avec le CRAFFT par assistants dans la salle d'attente ; Phase TAU pendant 18 mois, puis crossover et phase CSBA pendant 18 mois ; Follow Up à 3 et 12 mois ; Questionnaire autonome informatisé ; La modification de l'effet par le risque des pairs a été analysés séparément ; L'interprétation de l'effet d'interaction a été clarifiée par la suite par une stratification par risque de pairs.	Déterminer si le risque des pairs (avoir des amis qui boivent ou approuvent la consommation) modifie l'effet d'une cSBA sur les consommations d'alcool chez les adolescents.	Idem Essai précédent.

Mason et al. (2015) (21)	Etat Unis	Essai Clinique Contrôlé Randomisé	Utilisation du protocole d'intervention Peer Network Counseling (entretien motivationnelle avec intervention social par réseau de pair); Population éligible : tout adolescent de 14 à 18 ans se présentant en médecine de premier recours pour des soins courants. Proposition de participation à l'étude par une personne dédiée dans la salle d'attente ; Intervention de 20 minutes à l'aide d'un ordinateur + site internet. Accès au réseau de pair par l'intermédiaire de site internet du projet ; 2 groupes : traitement (recevant l'intervention) et contrôle (recevant une session de 20 minutes avec un thérapeute, avec discussions sur les habitus); Intervention réalisée par deux thérapeutes formés et certifiés (entretien motivationnel et thérapie en réseau de pair) ; Evaluation des consommations par le questionnaire CRAFFT (centrée pour l'étude sur les consommations d'alcool et cannabis) ; Suivi par questionnaire à 1,3 et 6 mois ; Affectation d'un groupe de pair (entre 2 et 4 personnes dans le même groupe avec les mêmes niveaux de consommation et de risque de mésusage)	Diminuer les tendances à consommation à travers un réduction ou un arrêt de celle-ci chez les adolescents se présentant en soin primaire qui n'ont pas été diagnostiqué avec un trouble de l'usage : prévention primaire	Communication type entretien motivationnel/éducation thérapeutique de groupe ; Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) défini comme Evidence Based Medecine pour son efficacité sur les adolescents et surtout appartenant à des ethnies différentes
Palmer et al. (2019) (22)	Etat Unis	Etude Descriptive (Sondage)	Méthode mixte : 1ere étape : 12 entretiens avec des experts en RPIB et constitution d'un questionnaire pour le sondage en 25 items ; 2eme étape : sondage auprès de 75 Praticiens de Soins Primaires avec utilisation du questionnaire ; Les 75 Praticiens de Soins Primaires était inscrit pour participer à ce type de recherche. (Population non tiré au sort).	Identifier les principaux obstacles des PSP dans la mise en œuvre du RPIB [SBIRT] pour troubles liés à l'usage de substances chez les adolescents (12-21 ans).	Pas d'intervention

Types d'interventions :

- Thérapie familiale brève : (16)

L'étude de Robbins et al. (2009) (16) étudie l'efficacité du programme Brief Strategic Family Therapy (BFST) sur la consommation de drogue chez les adolescents. Cette intervention est une thérapie familiale structurée, centrée sur les problèmes de l'adolescent et de sa famille. Elle fait appel à des thérapeutes formés à ce programme et se compose d'environ 14 séances sur une période de 4 mois. Il existe plusieurs étapes dans cette thérapie structurée : établissement d'une alliance thérapeutique et lien de confiance entre le thérapeute, l'adolescent et sa famille ; identifier les points forts et points faibles de la famille, établir un plan d'action ; problématiques du jeune en lien avec les consommations de drogues ; établir une stratégie familiale durable pour un changement ; mise en place concrète de la stratégie de changement, restructuration familiale, recadrage des interactions néfastes.

Les résultats de cette étude montrent que le programme BFST est significativement plus efficace que le TAU (Traitement As Usual) (thérapie individuelle et thérapie de groupe non structurée) sur le maintien des adolescents dans un processus de soins, amélioration du fonctionnement familial. Cependant, il existe un impact faible sur les consommations de drogues autodéclarées.

- Entretien motivationnel, éducation thérapeutique :

Les études de Myers et Brown (2005) (17) et Myers et al. (2008) (18) sont deux études dont l'intervention se base sur de l'entretien motivationnel et de l'éducation thérapeutique en individuel comme en groupe.

L'intervention de Myers et Brown (2005) porte sur 6 sessions de groupes d'une heure environ, délivrée par des intervenants (étudiants en psychologie supervisés). Les sessions sont organisées comme telles : Session 1, axée sur la motivation, les progrès avec renforcement positif et nicotine en tant que drogue addictive ; Session 2, axée sur fumer comme comportement appris et stratégies de contrôle des stimuli ; Session 3, axée sur le contrôle des pulsions ; Session 4, est concentrée sur la motivation et les changements ; Session 5, est concentrée sur le contrôle des pulsions et le soutien social pour arrêter de fumer ; Session 6, est axée sur la planification de l'arrêt du tabac et la prévention des rechutes. Chaque session s'est

ouverte par une discussion de groupe (progrès, problèmes rencontrés, etc.), puis s'est terminée par l'établissement d'objectifs et une discussion des activités de pratique.

Les résultats de cette étude montrent qu'il existe une différence dans les tentatives d'arrêts et les périodes d'abstinence dans le groupe intervention (SRC) vs le groupe contrôle (WL). Néanmoins, seule l'abstinence à 3 mois était statistiquement significative pour le groupe intervention.

L'intervention de Myers et al. (2008) porte également sur 6 sessions de groupes d'une heure environ, centrée sur le tabac. Le but de cette étude est de pouvoir étudier l'impact d'une intervention anti-tabac sur la consommation des autres drogues dans le cadre de co-addiction tabac + substances. Les séances sont centrées sur la motivation à arrêter le tabac et à encourager les changements de comportement tabagique. Intervention classique d'entretien motivationnel avec recherche des résistances et amorces d'un changement, puis maintien de l'abstinence.

Les résultats montrent un effet significatif à 3 mois sur l'abstinence au tabac pour le groupe traitement ainsi qu'un effet significatif également pour ce groupe sur la réduction des consommations d'alcool et de drogues. L'effet n'est pas significatif pour le suivi à 6 mois.

- Repérage précoce et intervention brève : (19) (20) (21) (22)

Les études de Harris et al. (2012), Louis-Jacques et al. (2013), Mason et al. (2015) et Palmer et al. (2019) se concentrent sur un repérage et une intervention brève en médecine ambulatoire. Les études de Harris et al., Louis-Jacques et al., Mason et al. portent sur un repérage systématique et une intervention brève, l'étude de Palmer et al. porte sur un repérage précoce de prévention primaire.

L'intervention de l'étude de Harris et al. (2012) (19) suit en grande partie le même procédé que l'étude de Mason et al., à savoir un dépistage systématique en salle d'attente sur les consommations d'alcool et de cannabis, à l'aide du questionnaire CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble ; Annexe 3), par le biais d'un outil informatisé. Ce questionnaire est rempli de façon autonome par l'adolescent, qui obtient à la fin du questionnaire son niveau de risque addictologique (classé en trois catégories : léger, moyen, haut). Il n'y a pas de randomisation dans cette étude. Les adolescents sont d'abord pris en charge selon le TAU pendant 18 mois puis ils intègrent le groupe traitement pendant les 18 mois suivants.

Pendant la phase CSBA (traitement), le groupe reçoit une information scientifique d'une dizaine de pages ainsi que des vidéos-témoignages de jeunes à propos des consommations de substances. Cette phase dure en moyenne 5 minutes et ne fait appel à aucun intervenant extérieur. S'en suit l'intervention d'un assistant formé auprès de l'adolescent pour une discussion personnalisée autour de son niveau de risque, et de points clés concernant les informations reçues, le but étant d'inciter à ne pas consommer, ou d'inciter à l'arrêt en cas de consommation. Cette intervention dure en moyenne 3 minutes.

Le groupe contrôle (TAU) ne reçoit pas d'informations particulières, simplement une incitation à ne pas consommer ou à arrêter les consommations en fonction de son niveau de risque.

Le suivi est réalisé à 3 et 12 mois à l'aide d'un questionnaire informatisé.

Les résultats de cette étude montrent une utilisation moins importante d'alcool et de cannabis de façon significative sur les suivis à 3 et 12 mois. (Alcool sur le bras USA et Cannabis sur le bras Prague). Il existe également un effet inconstant et non significatif sur les intentions de débiter une consommation, qui avait tendance à se dissiper sur le suivi à 12 mois.

L'étude de Louis-Jacques et al. (2013) (20) utilise les mêmes données que l'étude précédente, mais les analyse sous un spectre différent. Le but de cette étude est de déterminer si le fait d'avoir un groupe de pairs à risque entraîne une modification de l'efficacité de l'intervention CSBA. Les résultats ont montré qu'il existe effectivement une influence positive du groupe de pairs à risque sur l'intervention : en résumé, plus le groupe de pairs est à risque (amis consommateurs), plus l'intervention avait tendance à être efficace. Les auteurs ont émis plusieurs hypothèses pour expliquer de tels résultats, notamment le fait que les gens présentant un groupe de pairs à risque ont plus tendance à avoir observé chez les autres les effets néfastes de l'alcool, l'intervention ferait donc plus écho à leurs souvenirs et expériences vécus.

L'intervention de l'étude de Mason et al. (2015) (21) débute par un screening des adolescents volontaires par le biais du questionnaire CRAFFT, à l'aide d'un support informatique. L'intervention est réalisée par des assistants. En cas de troubles des consommations avérées, l'inclusion dans l'étude est proposée (une randomisation automatique est alors effectuée, l'adolescent est affecté soit au groupe traitement, soit au groupe contrôle). Les données du groupe de pairs sont également recueillies à l'aide d'un questionnaire ASNA (Adolescent Social Network Assessment) de 13 items, dont le but est de recueillir des informations sur les amis les plus proches de l'adolescent concernant leurs rapports aux consommations de substances et leur influence sur l'adolescent.

Le groupe traitement reçoit alors l'intervention à proprement parler, qui consiste en un entretien de 20 minutes délivré par un thérapeute formé. Celui-ci est découpé en 4 parties de 5 minutes. Les données préalablement récupérées des consommations et du groupe de pairs (entourage proche) de l'adolescent sont utilisées par le thérapeute pour lui présenter les résultats et discuter autour de cela. La discussion est de type entretien motivationnel avec utilisation de graphiques. Le suivi de l'adolescent après l'intervention est de 6 mois, avec des points de suivi à 1, 3 et 6 mois à l'aide d'un auto-questionnaire informatisé, disponible en ligne (récupération des données de façon automatisé par internet).

Le groupe contrôle quant à lui, reçoit une intervention de 20 minutes par les mêmes thérapeutes, sur des sujets généraux de santé comme le sport, la nutrition, etc...

4 groupes ont été réalisés pour la présentation des résultats, en fonction du sexe : intention de consommer de l'alcool, consommation d'alcool, intention de consommer du cannabis, consommation de cannabis. Les résultats montrent un effet statistiquement bénéfique de l'intervention dans les 4 groupes chez les garçons, mais pas chez les filles. La différence entre les filles et les garçons est difficilement explicable. Selon les auteurs, le réseau de pairs a plus d'influence chez les garçons que chez les filles, et les consommations sont plus fréquentes chez les garçons.

L'étude de Palmer et al. (2019) (22) ne traite pas d'une intervention à proprement parler, mais s'intéresse aux obstacles rencontrés par les praticiens de soins primaires dans la réalisation d'un Repérage Précoce et Intervention Brève chez les adolescents concernant les troubles de l'usage de substances.

Les résultats de cette petite étude montrent qu'une grande majorité des Praticiens de Soins Primaires (84 %) aborde les consommations de substances avec les adolescents, 27 % n'utilisent aucun outil d'interrogation.

Seulement 28 % des praticiens utilisent un questionnaire standardisé et validé (AUDIT, CRAFFT, CAGE) chez les adolescents présentant un risque addictif. 41 % ne réalisent pas de dépistage systématique chez tous les adolescents. Les principaux obstacles évoqués par les PSP sont les contraintes de temps, l'intervention et la présence des parents durant la consultation, la perception du manque d'intérêt du RPIB par les PSP, le manque de formation en RPIB, le manque de ressources financières allouées à ces interventions.

❖ **Etudes en secteur hospitalier**

Caractéristiques des études :

6 études concernent des interventions menées en secteur hospitalier : 3 essais cliniques randomisés, 1 revue systématique de la littérature, 1 revue scopée de la littérature, 1 étude rétrospective. (Voir Tableau 2)

Tableau 2. Description des Etudes en Secteur Hospitalier

Auteurs (Année) (Référence)	Pays	Schéma	Méthode – Population	Objectif Principal	Intervention
Rigter et al. (2012) (23)	Europe de l'Ouest	Essai contrôlé randomisé	Jeunes de 13 à 18 ans, avec problèmes de consommation de cannabis récent ; Projet INCANT (INternational Cannabis Need of Treatment); Thérapie MDFT ayant fait ses preuves (essai randomisé aux USA Liddle, 2010). Transposition de cette thérapie au niveau Européen ; Diagnostic sur DSM IV : addiction ou abus de substances ; Exclusion des jeunes avec comorbidité psychiatrique lourde ; Thérapeute formé en MDFT par l'équipe de Miami (formation deux ans avant l'essai) ; Mesure régulière des consommations selon la méthode TLFB (TimeLine follow Back), suivi jusqu'au 12 mois après l'intervention.	Etudier les effets d'une thérapie multidimensionnelle familiale (MDFT) Vs TAU (Psychothérapie individuelle) sur la consommation de cannabis chez les jeunes.	MDFT (Liddle, 2002) : programme intégratif et axé sur le traitement ambulatoire avec combinaison de la thérapie familiale et individuelle, thérapie multi systémique. Méthode flexible conçue pour convenir aux diverses populations de patients et niveaux de gravité des patients. Une à trois séances par semaine pendant 3 à 6 mois. Environ 25 à 30 % du temps total avec l'adolescent seul, 20 à 30 % avec les parents seuls, 30 à 40 % avec les familles ensemble, et 10 à 20 % avec la communauté de pairs.
Diestelkamp et al. (2015) (27)	Non concerné	Revue systématique de la littérature (PRISMA)	Adolescent entre 12 et 25 ans ; IB de 60 min max, max 3 sessions dont une en SAU ; Inclusion d'essai contrôlé uniquement (EC/ECR) ; groupe contrôle : absence d'IB ou intervention type simple discussion ; Consultation des bases de données reconnues fiables : MEDLINE, PUBMED, COCHRANE, plus addition de littérature grise sur le sujet ; Construction d'une équation de recherche avec opérateur booléen ; Inclusion des études suivant le protocole PRISMA ; Extraction des données par deux lecteurs indépendants et consensus ; Ajout de littérature grise par recherche « Google » avec mots clés dans les 4 langues les plus parlées en Europe (Allemand, Français, Italien, Espagnol) en plus des publications en Anglais.	Evaluation de l'Intervention brèves (IB) délivrées chez les adolescents admis en service d'urgence (hospitalisation ou ambulatoire).	Intervention brève (maximum 60 min) composé d'un maximum de 3 sessions avec un minimum d'une séance donnée aux urgences ; L'intervention est centrée sur la consommation d'alcool et est dispensée en physique ; Intervention individuelle.

Arnaud et al. (2016) (28)	Allemagne	Essai contrôlé randomisé	<p>Population de mineurs passant par 6 départements des urgences pédiatriques de HAMBOURG en Allemagne. Eligibilité des mineurs après diagnostic CIM 10 (intoxication alcoolique aigue) de 2011 à 2014 ; Pas de randomisation individuelle mais randomisation sous forme de cluster stratifié (une strate : effectif des passages des mineurs sur un weekend). Screening des patients avec questionnaire CRAFFT ; Groupe traitement : b-MI (IB) d'une seule séance avec un rappel téléphonique consultation pour les aidants. Groupe contrôle TAU : informations écrites spécifiques aux jeunes sur la consommation d'alcool et les coordonnées des ressources communautaires.</p> <p>Evaluation sur des changements dans la fréquence de la consommation excessive d'alcool, le nombre de boissons alcoolisées à une occasion typique, et problèmes liés à l'alcool en utilisant the brief Rutgers Alcohol Problem Index. Assistants non impliqués dans la prestation des interventions. Les données de base collectées en personne au PED (Urgences Pédiatriques) ; Suivi par téléphone 3 et 6 mois.</p>	<p>Evaluer l'efficacité d'une IB pour réduire les consommations d'alcool les problèmes associés aux urgences.</p>	<p>IB : entretien motivationnel guidé de 45 minutes : stimuler et fournir des ressources pour les capacités et la motivation à réfléchir et à réguler les comportements liés à l'alcool et la réalisation des objectifs ; Principes de l'écoute réflexive et empathique ; Non conflictuel et appréciation sans jugement des circonstances associé à l'intoxication et aux comportements à risque ; Intervention sur les accompagnent par le même conseillers : informations générales sur la consommation d'alcool chez les jeunes et les risques associés et les encouragements à réfléchir sur les épisodes d'IAA de leurs enfants et a développer des stratégies pour éviter une future consommation d'alcool à risque</p> <p>et / ou pour rechercher d'autres problématiques liés à la famille et / ou à l'usage de substances illicites ; Intervention par des conseillers formés sur 12 h par des praticiens expérimentés.</p>
Watson et al. (2017) (26)	Royaumes Unis	Essai contrôlé randomisé de faisabilité	<p>Essai contrôlé randomisé en deux bras : un bras SBNT et un bras TAU ; Recrutement d'adolescents de 12 à 18 ans en service d'addictologie admis pour problèmes d'alcool ou drogue, avec consommation relevé dans les 90 jours précédents le questionnaire. Suivi à 3 et 12 mois. Calcul du nombre de participant requis pour étude finale : 350 adolescents ; pour étude pilote : 32 adolescents ; Projet de recruter 60 adolescents.</p>	<p>Adapter la méthode SBNT (social behaviour and network therapy) sur les adolescents. Extraite des données d'acceptabilité, de faisabilité, et de résultats.</p>	<p>SBNT : Social behaviour and network therapy ; Approche basée sur l'influence positive d'un groupe social sur l'amélioration et la résolution des comportements addictifs. Utilisation de stratégies cognitives et comportementales et techniques de motivation, amélioration de la communication et adaptation des stratégies de coping ; 6 sessions de 50 minutes sur 12 semaines délivré par un thérapeute entraîné et formé à la méthode.</p>

Paravin et al. (2019) (29)	Italie	Etude Rétrospective transversale	Analyse rétrospective des passages aux urgences des jeunes de 12 à 17 ans pour intoxication alcoolique aigue sur 11 départements des urgences dans le Nord de l'Italie de 2009 à 2017 ; Diagnostic d'alcoolisation aigue à partir des données PMSI (CIM 10) ; Variable également étudiée : natif et non natif d'Italie.	Décrire les caractéristiques des jeunes admis pour alcoolisation aigue aux urgences ; Discussion autour d'interventions addictologiques prometteuses à réaliser aux urgences	Mention de plusieurs études dans la discussion autour d'une intervention type intervention brève (IB) ; Retour sur l'efficacité nuancée de l'IB classique aux urgences. Référence à la méthode ED-SBIRT (Emergency Department Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) comme piste prometteuse concernant le RPIB.
Biroscak et al (2019) (30)	Etats Unis	Revue scopée de la littérature	Revue scopée de la littérature concernant 30 articles sur une période de 2003 à 2016 portant sur la méthode ED-SBIRT (Emergency Department Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment). 8 articles étudient l'impact de cette méthode sur les adolescents.	Evaluation de l'efficacité et de la faisabilité de la méthode ED-SBIRT sur la population cible aux urgences.	Méthode ED-SBIRT : Screening : dépistage avec une tablette ; Brief Intervention : intervention brève, messages de prévention, éducation en santé, témoignages de pairs ; Referral to Treatment : délivrance d'un feedback sur la consommation personnelle de l'adolescent avec évaluation du niveau de risque et mise en lien avec les structures de soins addictologique. En résumé : intervention brève médiée par un support informatique.

Type d'interventions :

- Intervention en réseau :
 - Méthode MDFT (Multi-Dimensional Family Therapy) : (23)

La méthode MDFT (Thérapie familiale multidimensionnelle) a été créée par Liddle en 1991 à l'université de Miami aux USA. C'est une méthode fondée sur les preuves pour le traitement de l'abus de drogues et des comportements anti-sociaux. Le principe de base de cette méthode est la prise en considération de chaque domaine majeur de la vie de l'adolescent : sa personne, ses parents, le système familial élargi, le système social (amis, écoles, sports, services sociaux, justice). Ce traitement est flexible, s'adaptant à divers profils d'adolescent ainsi qu'à divers niveaux de gravités addictifs (de l'intervention précoce à la prise en charge lourde). Cette méthode a fait l'objet de nombreuses évaluations sur la période de 1991 à 2012. Un projet d'étude a donc été lancé au niveau Européen, le projet INCANT (International Need for Cannabis Treatment), dont le but est d'observer si les résultats positifs des études Américaines sont retrouvés dans les populations d'Europe de l'OUEST. A noter que cette intervention est une intervention de prévention secondaire car les adolescents sont recrutés après passages aux urgences ou en secteur de psychiatrie et qu'un diagnostic de trouble de l'usage au cannabis est posé sur la base du DSM IV.

Les thérapeutes délivrant l'intervention sont formés à cette méthode pendant plusieurs années par le service pilote à MIAMI, et restent sous supervision constante durant l'étude (feedback téléphonique, formation et questionnaire internet). L'intervention est délivrée sous forme de 3 séances par semaine pendant 3 à 6 mois. Le suivi est réalisé par un questionnaire selon la méthode TLFB (TimeLine follow Back) à 3,6,9 et 12 mois après l'intervention.

Cette étude de Rigter et al. (2012) (23) randomise 450 adolescents entre 13 et 18 ans, avec deux groupes : le groupe traitement (MDFT) et le groupe contrôle qui consiste en une prise en charge individuelle classique type psychothérapie personnelle.

Les résultats montrent que la méthode MDFT maintient mieux les adolescents dans un processus de soins que l'intervention contrôle, avec une meilleure efficacité pour la réduction de la prévalence de la dépendance, ainsi que pour la réduction des consommations. Cependant aucune des deux interventions n'a une efficacité significative sur l'arrêt des consommations. A noter que plus le trouble de l'usage était sévère, plus l'intervention MDFT était efficace. (24)
(25)

- Méthode Y-SBNT (Youth Social Behaviour And Network Therapy) : (26)

La méthode Y-SBNT est également une intervention en réseau, basé sur l'environnement familial et social de l'adolescent, dont le but est la réduction voire l'arrêt des consommations d'alcool et de drogues. C'est une intervention réalisée en secteur hospitalier, à raison de 6 sessions de 50 minutes sur 12 semaines, délivrée par un thérapeute entraîné et formé à la méthode.

Les adolescents qui ont été inclus avaient été admis pour problèmes d'alcool ou de drogues en service d'addictologie, avec une consommation relevée dans les 90 jours précédents le questionnaire d'inclusion.

L'étude de Watson et al. (2017) (26) est un essai randomisé d'acceptabilité et de faisabilité dont le but est de savoir si une étude à grande échelle est pertinente. Il existe deux bras : un bras SBNT et un bras TAU (basé sur le traitement habituel des adolescents en service d'addictologie). Suivi des adolescents à 3 et 12 mois.

La méthode Y-SBNT est donc une intervention de prévention secondaire en service hospitalier. Les résultats ne montrent pas de différences significatives entre les deux groupes. Il existe une bonne acceptabilité et faisabilité de l'intervention. En revanche, devant le surcoût du traitement pour le groupe SBNT par rapport au groupe TAU et le manque d'efficacité prouvé de la méthode SBNT sur les adolescents, l'essai à grand échelle n'a pas été réalisé.

- Repérage précoce et intervention brève : (27) (28) (29) (30)

L'étude de Diestelkamp et al. (2015) (27) porte sur une intervention type RPIB (repérage précoce et intervention brève) sur les adolescents de 12 ans à 25 ans admis aux urgences pour ivresse aiguë. C'est une revue de la littérature réalisée en 2015 incluant essentiellement des essais cliniques contrôlés (pas forcément randomisés) avec pour groupe contrôle soit une absence d'intervention soit une simple discussion autour des consommations.

Le RPIB dans cette étude est définie comme une intervention brève individuelle (maximum 60 min) composé d'un maximum de 3 sessions avec au moins une séance donnée aux urgences. L'intervention est centrée sur la consommation d'alcool et dispensée en physique (pas de support informatique, pas d'information à distance). L'étude a inclus 7 études répondant aux critères ainsi qu'un apport de 8 articles de littérature grise. Les résultats montrent un effet bénéfique du RPIB aux urgences sur la consommation d'alcool pour 6 études ; un effet bénéfique sur la consommation d'alcool ou la réduction des préjudices engendrés, sans cumuler les deux effets pour 4 études. Une étude montre un effet bénéfique sur la prise en charge et suivi addictologique après l'hospitalisation. A noter qu'il a été impossible de réaliser une méta analyse compte tenu des différences méthodologiques des études incluses. Globalement, les résultats ne prouvent pas forcément une efficacité du RPIB durant le passage au SAU mais suggère plutôt de pousser à la réalisation d'études complémentaires quant à la faisabilité et à l'efficacité d'un tel programme pour les adolescents.

Une étude complémentaire a été réalisée par Arnaud et al. (2016) (28) dans ce sens.

Cette étude est un essai clinique randomisé dont l'objectif est d'évaluer l'efficacité d'un RPIB aux SAU pédiatrique pour réduire les consommations d'alcool des adolescents hospitalisés pour IAA ainsi que les problèmes qui y sont associés.

Dans cette étude, l'intervention de RPIB consiste en un entretien motivationnel guidé de 45 minutes dont le but est de stimuler et fournir des ressources pour les capacités, la motivation à réfléchir et à réguler les comportements liés à l'alcool. Le principe de l'écoute réflexive et empathique est utilisé ; la relation médecin-malade doit être non conflictuelle, sans jugement des circonstances associées à l'intoxication et aux comportements à risque. L'intervention porte également sur les accompagnants : informations générales sur la consommation d'alcool chez les jeunes et les risques associés et encouragements à réfléchir sur les épisodes d'ivresse alcoolique aiguë de leur enfant, la finalité étant de développer des stratégies pour éviter une future consommation d'alcool à risque et / ou l'usage de substances illicites.

L'intervention de RPIB a été délivrée par des praticiens formés sur 12 heures. L'étude comporte un groupe traitement et un groupe contrôle. Le suivi était réalisé sur 6 mois.

Les résultats de cette étude montrent que les deux groupes ont réduit la consommation d'alcool et les problèmes connexes, mais le groupe traitement n'était pas associé à des effets significatifs.

Le RPIB aux urgences n'est probablement pas efficace sur les adolescents selon cette étude.

L'étude de Paravin et al. (2019) (29) est une étude rétrospective transversale, faite en Italie sur les passages aux urgences des adolescents admis pour IAA sur la période de 2009 à 2017. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques des adolescents admis pour IAA. Les résultats montrent qu'il existe 554 admissions pour IAA sur 97 445 adolescents, avec un chiffre par année qui augmente au fur et mesure du temps. 39 % sont des filles, il existe 21 % d'utilisation de drogue concomitante.

Globalement un nombre élevé de mineurs présente une alcoolisation aiguë, surtout la nuit et les week-ends, classifiée comme intoxication sévère et associée avec utilisation de drogues illicites. Les auteurs concluent à la nécessité d'utiliser des programmes de prévention ciblés sur les consommations d'alcools et drogues chez les jeunes. Nous avons ainsi retrouvé la référence à l'étude sur le RPIB de « Nicolas Arnaud et al. » qui montre que ce type d'intervention, bien que facilement réalisable, n'est pas forcément source de bons résultats. L'étude mentionne alors une méthode étudiée depuis 2003 : la méthode ED-SBIRT (Emergency Department- Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) qui renvoie à une revue scoping de la littérature sur le sujet, datant de mars 2019 (30).

L'étude de Biroscak et al. (30) est une revue scoping de la littérature concernant une intervention brève utilisant un outil informatisé. La population étudiée est très large, certaines études mentionnées concernent uniquement les adultes, d'autres les mineurs.

La méthode ED-SBIRT (30) est une intervention réalisée aux urgences, comportant un screening des patients présentant un trouble de l'usage ou à risque d'en présenter un, une intervention brève, intégrée et structurée, associée à une approche de santé publique de prévention précoce, par le biais d'un outil informatisé et d'un thérapeute. Différents protocoles et modalités d'intervention ont été étudiés sur la période de 2003 à 2015 concernant les adolescents.

Parmi les articles cités dans la revue, un total de 8 articles concernait la prise en charge des adolescents. (Voir Annexe II)

Les deux articles les plus récents, publié par WALTON (2015) et CUNNINGHAM (2015) ont montré l'intérêt de la réalisation d'une intervention type RPIB médié par un outil informatique sur les adolescents durant un passage aux urgences :

L'étude de WALTON (31) montre que l'intervention entraîne de façon significative une intention de ralentir et d'arrêter les consommations de substances chez les adolescents en post intervention.

L'étude de CUNNINGHAM (32) est quant à elle la plus complète. Elle montre une réduction des consommations d'alcool à 3 mois ; une baisse des consommations de drogues à 12 mois ; une réduction des conséquences néfastes de l'alcool (conduite en état d'ivresse, traumatisme lié à la consommation d'alcool) à 3 et 12 mois. D'autres parts, cette étude explore pour la première fois, l'impact d'une intervention entièrement informatisée, sans présence ou intervention d'un thérapeute. Selon les auteurs, ce mode d'intervention devrait être étudié dans les prochaines années car potentiellement prometteur.

DISCUSSION

❖ Retour sur les principaux résultats

A l'issue du processus de sélection, 13 études ont été incluses pour l'analyse. Sur les 13 études, 6 sont des essais cliniques randomisés, 1 est une revue systématique de la littérature, 1 est une revue scoping de la littérature, 3 études sont des essais cliniques comparatifs non randomisés, 1 est une étude descriptive et enfin 1 est une étude rétrospective.

Les interventions menées en soins primaires concernaient 7 études et 6 études concernaient des interventions menées en secteur hospitalier.

Il nous a semblé important de bien différencier les deux secteurs de prises en charge, le contexte étant totalement différent dans les deux cas, ainsi que la temporalité de prise en charge. De plus, des recommandations différentes peuvent être posées en fonction du secteur.

Interventions en soins primaires :

Le soin primaire s'entendait ici comme le secteur de soin extra hospitalier, à savoir majoritairement la médecine générale de premier recours, ainsi que les lieux de prise en charge addictologique en ville.

L'étude de Robbins et al. (2009) portait sur une thérapie familiale structurée, elle donnait des résultats probants sur le maintien des adolescents dans un processus de soins mais n'a pas démontré une diminution des consommations de substances.

Les études de Myers and Brown (2005) et Myers et al. (2008) concernaient des interventions antitabac de type entretien motivationnel (EM). Les deux études ont montré un intérêt de l'EM sur l'abstinence et la réduction des consommations de tabac, avec un effet de groupe potentiellement facilitateur et bénéfique.

Les quatre études suivantes se concentraient sur le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB).

L'étude de Mason et al. (2015) est une intervention mixte type RPIB/Entretien motivationnel très courte avec médiation par un outil informatique. Les résultats montrent une bonne efficacité de cette intervention, et une influence importante du réseau de pairs sur les consommations.

L'étude de Harris et al. (2012) reprend sensiblement les mêmes mécanismes que l'étude de Mason et al. La méthode CSBA (Computer-facilitated substance use Screening and Brief Advice for teens) est une intervention type RPIB proposée en systématique en soins primaires

(salle d'attente médecin généraliste) avec médiation informatisée. Cette étude montre bien l'intérêt d'un screening systématique des adolescents en soins primaires, et l'utilisation d'un outil informatique apporte un plus dans l'efficacité de l'intervention.

L'étude de Louis-Jacques et al. (2013) concernait la même étude, mais les objectifs étaient différents. Le but était d'évaluer l'impact d'un groupe de pairs à risque sur une intervention type CSBA en soins primaires.

Les résultats ont montré que l'intervention avait un impact plus fort chez les adolescents présentant un groupe de pairs (amis, famille, cercles proches) qui consommait de l'alcool, ou qui approuvait les consommations d'alcool.

L'étude de Palmer et al. (2019) s'intéressait aux obstacles rencontrés par les personnels de soins primaires pour la mise en œuvre d'un RPIB.

Interventions en secteur hospitalier :

Nous avons pu référencer plusieurs études en secteur hospitalier, certaines ne sont pas réalisées aux urgences mais en service d'addictologie.

Les études de Rigter et al. (2012) et Watson et al. (2017) concernaient des thérapies systémiques familiales. La méthode MDFT (Thérapie familiale multidimensionnelle) montrait des résultats positifs dans le maintien des adolescents dans un processus de soin, mais non significatifs. La méthode Y-SBNT (Youth Social Behaviour And Network Therapy) n'a pas non plus montré de différences significatives entre le groupe traitement et le groupe témoin.

Les études de Diestelkamp et al. (2015) et Arnaud et al. (2016) portaient sur la réalisation du RPIB aux urgences. Les résultats de l'étude de Diestelkamp et al. montraient un effet bénéfique du RPIB sur les consommations d'alcool et la réduction des préjudices engendrés, sans significativité franche, et surtout sans supériorité manifeste par rapport à une intervention classique non structurée. La même conclusion était retrouvée sur l'étude de Arnaud et al., qui de plus, prenait en compte les accompagnants de l'adolescent.

L'étude de Paravin et al. (2019) mentionnait la réalisation du RPIB aux urgences, montrant qu'il existait des résultats nuancés sur l'efficacité et la pertinence de cette méthode aux urgences (citation notamment des deux études précédentes).

L'étude de Biroscak et al. (2019) traitait également du RPIB aux urgences, avec la particularité d'être médié par un outil informatisé : la méthode ED-SBIRT (Emergency Department-Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment). Celle-ci montrait des résultats prometteurs avec des effets significatifs sur l'intention d'arrêter ou de ralentir les consommations.

❖ **Forces et limites de notre travail**

L'objectif principal

Notre travail visait à réaliser, à travers une recherche bibliographique, un état des lieux des programmes de prévention et de soins des problématiques addictives chez les mineurs de 12 ans à 18 ans. Nous pensons avoir répondu à cet objectif. Notre revue de la littérature, débutée en mars 2020, a suivi des règles méthodologiques précises.

Les forces de la revue de la littérature

La première force de ce travail est, qu'à notre connaissance, il n'existe pas de revue de la littérature réalisée sur la problématique posée. Un équilibre entre exhaustivité et spécificité a dû être trouvé. Nous avons donc décidé de ne garder que les équations de recherche qui généraient moins de 500 références.

La période de choix avait été fixée à 20 ans. Une période plus longue n'aurait pas eu grand intérêt selon nous, pour plusieurs raisons : la prise en compte des problématiques addictives chez les jeunes est relativement récente.

Dans ce cadre nous avons limité la provenance des références à certains pays, pour avoir le maximum de compatibilité avec notre société, mœurs et habitudes de vie.

Au-delà de la réalisation de la revue systématique de la littérature, l'apport de références supplémentaires a permis d'enrichir le pool d'article et de compléter le panel d'intervention étudié. A posteriori, nous nous sommes demandés pour quelles raisons ces articles, parfaitement dans le thème, n'avaient pas été trouvés dans les bases de données. Nous pensons avoir trouvé la réponse dans l'analyse des titres des 4 références : les termes MeSH étaient légèrement différents et donc non présents dans les équations de recherche retenues : par exemple « Emergency Department » était mentionné « ED » dans le titre de l'un des articles ; Le terme « intoxication » était présent dans 2 des 4 articles (terme non retenu pour l'équation de recherche) ; Enfin le terme « Brief Intervention » est retrouvé dans 3 des 4 articles inclus. Celui-ci désigne une intervention spécifique, l'équation de recherche n'avait pas été construite en mentionnant directement le type d'intervention utilisé.

Les limites de la revue de la littérature

Les résultats de cette revue étant dépendant de la présence des articles sélectionnés, l'équation de recherche a pu être responsable d'un biais de sélection. Ce biais a pu également exister dans le choix des banques de données (pour rappel PUBMED et COCHRANE), nous ne pouvons pas exclure que d'autres bases de données auraient peut-être pu enrichir notre recherche. Cependant, nous pensons que le peu d'articles sur le sujet de recherche, le fait que les articles citent de façon quasi systématique les travaux déjà réalisés, permet de limiter ce biais. Cela montre aussi un manque de publication dans le domaine ou un manque d'intérêt alors que c'est un problème de santé publique.

Concernant la réalisation d'une revue de la littérature, malgré le suivi de façon rigoureuse de la méthodologie PRISMA, celle-ci aurait pu bénéficier d'une double lecture par un enquêteur supplémentaire, qui aurait pu ainsi permettre une sélection et une analyse plus poussée des articles.

L'exhaustivité d'une revue systématique ne peut être garantie. Il reste très souvent possible que des preuves (publiées ou non) n'aient pas été découvertes. Par exemple, une difficulté a été de réaliser une équation de recherche permettant une sélection la plus exhaustive possible. Les termes MeSH étant nombreux, il a fallu garder les plus pertinents et ceux dont les résultats donnaient un nombre cohérent de références. Certaines des premières équations de recherche ont donné plus 5000 références. Un équilibre entre exhaustivité et spécificité a dû être trouvé. Les articles en langue étrangère autres qu'en langue anglaise auraient pu être inclus, mais ne l'ont pas été par soucis de compréhension. L'apport d'intervention locale non anglophone pourrait être un élément intéressant pour compléter cette revue.

Certains articles ont été inaccessibles pour des raisons de non abonnements des institutions à des revues très spécialisées.

A noter que nous avons exclu les interventions en milieu scolaire, trop spécifique et hors des objectifs, dont l'étude aurait mérité une revue de la littérature rien que pour ce sujet-là.

❖ **Analyse des résultats de la revue systématique**

Interventions en soins primaires :

Les thérapies structurées :

Les thérapies familiales structurées, comme les thérapies centrées sur les émotions et la thérapie cognitivo-comportementale ont prouvé une réelle efficacité sur la prise en charge addictive des adolescents (33), que ce soit en thérapie individuelle comme en thérapie de groupe. L'aspect communautaire avec cette pratique des thérapies de groupes, groupes de pairs est, contrairement aux Anglo-saxons, très peu présente en France (celles-ci sont essentiellement délivrées en institution spécialisée). Elles ne sont pas adaptées pour de la médecine de premier recours comme le médecin traitant, mais peuvent néanmoins s'inscrire dans un parcours de soin.

L'entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel a été développé par Miller et Rollnick (34) à la fin des années 1980. L'EM est une façon de guider, collaborative et centrée sur le patient, visant à faire émerger et à renforcer la motivation au changement. Il s'appuie sur la construction d'une alliance thérapeutique forte, une écoute empathique. L'entretien est semi-structuré, visant à faire réfléchir l'adolescent sur ses ambivalences et ses résistances par rapport aux changements. Des études ont montré un impact bénéfique de L'EM sur les jeunes en addictologie, concernant par exemple le cannabis et le tabac.

Toutefois, la formation d'un praticien en EM peut être complexe. C'est un outil de communication intéressant avec le jeune mais qui sera surtout utilisé en psychothérapie. Les temps de consultation en EM peuvent être longs et ne sont donc pas forcément compatibles avec une pratique de médecine générale, bien qu'une formation en EM pour les praticiens soit extrêmement intéressante dans la façon d'aborder et de communiquer avec le patient, à plus forte raison les jeunes. (35)

L'étude de Myers et al. souligne des effets collatéraux bénéfiques d'une intervention antitabac sur la consommation des autres toxiques (alcool, drogues). Le fait qu'il existe majoritairement des co-addictions tabac + substances pourraient en être la cause. Cette information est intéressante et devrait être prise en compte dans la construction de programmes de prévention en addictologie pour les jeunes.

Le Repérage Précoce et l'Intervention Brève :

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 sur le patient (36) (Voir Annexe VII). 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'adulte. Des outils existent pour la réalisation de cette intervention et sont facilement accessibles (Voir Annexe VIII). Selon l'OMS, le RPIB, dans le cadre de la dépression et des conduites à risque des adolescents, a un bon rapport coût-efficacité (36). Cette méthode d'intervention a donc été majoritairement étudiée.

Les principaux obstacles rencontrés par les personnels de soins primaires selon l'étude de Palmer et al. (2019) étaient les contraintes de temps, la présence des parents durant les consultations, le manque d'intérêt du RPIB pour les praticiens, le manque de formation, le manque de ressources allouées pour la réalisation du RPIB. En conclusion, les auteurs mentionnent l'intérêt de la réalisation systématique d'un RPIB chez l'adolescent quel que soit son « risque addictif » à l'aide d'outils comme le questionnaire CAGE, AUDIT ou CRAFFT.

L'étude de Mason et al. (2015) s'intéressait à une intervention type RPIB/Entretien motivationnel en prévention primaire en médecine de ville, à l'aide d'un support informatisé. Un screening systématique de tous les adolescents sur la base du volontariat est réalisé en salle d'attente du cabinet du généraliste à l'aide du questionnaire CRAFFT. A l'aide d'une tablette et d'un questionnaire en ligne, les données concernant les consommations de l'adolescent mais aussi son réseau de pairs sont extraites. Une intervention est par la suite réalisée par un opérateur en utilisant les données recueillies, permettant de faire un feedback sur les consommations de l'adolescent et son réseau proche (famille, amis et autres groupes sociaux). C'est bien l'utilisation d'un outil informatique, et la prise en compte du réseau de pairs qui fait la particularité de cette intervention. Les résultats montrent une bonne efficacité de cette intervention, et une influence importante du réseau de pairs sur les consommations. Il est donc important, dans la constitution d'une intervention, de s'intéresser à l'entourage proche du jeune, qui peut être protecteur ou au contraire incitateur vis-à-vis des consommations de substances.

La méthode CSBA (Computer-facilitated substance use Screening and Brief Advice for teens) de l'étude de Harris et al. (2012) est une intervention type RPIB proposée systématiquement en soins primaires (salle d'attente du médecin généraliste) avec médiation informatisée. Nous retrouvons l'utilisation du questionnaire CRAFFT en auto questionnaire qui donne, au travers de l'outil informatique, un niveau de risque à l'adolescent (léger, moyen, haut). L'intervention brève est ensuite délivrée de façon autonome par l'outil informatique (environ 5 min). Un assistant intervient par la suite, en fonction des résultats du CRAFFT, autour de 6 à 10 points de discussion pour une durée courte de 2 à 3 min. Cette étude est pionnière dans le RPIB informatisé mais n'est pas randomisée. Les auteurs, devant l'effet très positif de cette étude, recommandent une étude randomisée. Cette étude montre bien l'intérêt d'un screening systématique des adolescents en soins primaires, et l'utilisation d'un outil informatique apporte un plus dans l'efficacité de l'intervention. De plus, elle augmente l'efficacité de l'assistant, en limitant les variations de l'intervention au cours du temps, et suivant les intervenants. Elle permet une uniformité et une efficacité accrue de l'intervention.

Les résultats de l'étude de Louis-Jacques et al. (2013), réalisée à partir de la même population, ont montré que l'intervention avait un impact plus fort chez les adolescents présentant un groupe de pairs (amis, famille, cercles proches) qui consommaient de l'alcool, ou qui approuvaient les consommations d'alcool. Il n'y a pas de preuve établie quant à la conclusion de cette étude, qui n'est pas randomisée. Les auteurs ont évoqué plusieurs pistes, notamment celles du fait que les adolescents avec un groupe de pairs à risque ont potentiellement pu être initiés aux substances à cause du groupe. Il y aurait donc une balance entre une mauvaise influence du groupe et une bonne influence de l'intervention. De plus, les adolescents présentant un groupe de pairs à risque sont plus susceptibles de se rendre compte des effets néfastes, évoqués durant l'intervention, sur le dit groupe de pairs. L'intervention ferait donc écho à des constatations personnelles et des réflexions critiques du jeune.

Le rôle du groupe de pairs dans une intervention addictologique chez les adolescents doit donc, selon les auteurs, être davantage étudié et pris en compte.

Interventions en secteur hospitalier :

Thérapie familiale multidimensionnelle :

La méthode MDFT (Thérapie familiale multidimensionnelle) de l'étude de Rigter et al. (2012) montrait des résultats intéressants dans le maintien des adolescents dans un processus de soin, mais non significativement, et au prix d'un rapport coût-efficacité important (formation très longue des intervenants, temps d'intervention long). Cette intervention délivrée en milieu spécialisé était une intervention de prévention secondaire destinée à des jeunes présentant un trouble addictif avéré et potentiellement sévère. A ce propos, l'étude montrait que plus le trouble était sévère, plus l'intervention était efficace.

La méthode Y-SBNT (Youth Social Behaviour And Network Therapy) de l'étude de Watson et al. (2017) était également une intervention secondaire réalisée en milieu hospitalier. Là aussi, l'intervention était longue à raison de 6 sessions de 50 minutes sur 12 semaines, délivrée par un thérapeute entraîné et formé à la méthode. Les résultats n'ont pas montré de différences significatives entre le groupe traitement et le groupe témoin. Cette étude était un essai de faisabilité et d'acceptabilité. Une étude à grande échelle n'a pas été réalisée (rapport coût-efficacité trop élevé).

La thérapie familiale multidimensionnelle est utilisée en France (37), cependant elle concerne les services spécialisés hospitaliers (pédopsychiatrie, addictologie). Ces thérapies longues et complexes ne sont pas adaptées à une utilisation de prévention primaire et/ou secondaire dans le cadre d'un passage aux urgences.

Le repérage précoce et l'intervention brève :

Les études de Diestelkamp et al. (2015) ainsi que de Arnaud et al. (2016) portaient sur la réalisation du RPIB aux urgences. Cette méthode est la plus étudiée dans le cadre d'une intervention addictologique aux urgences, devant les preuves de son efficacité (EBM) sur les adultes et fait partie des recommandations HAS (38).

En tout cas, le RPIB aux urgences n'est probablement pas l'intervention la plus adaptée et la plus efficace pour les jeunes en état d'IAA, comme pouvait le souligner l'étude de Paravin et al. (2019).

Plusieurs pistes sont à évoquer pour expliquer ces résultats. Tout d'abord la spécificité de l'adolescent, qui n'est ni un enfant, ni un adulte. La communication avec cette tranche d'âge de la population doit être adaptée, bien codifiée et doit être étudiée. Deuxièmement, il paraît understandable qu'un état d'IAA puisse poser problème quant aux capacités d'écoute, de concentration et d'intérêt des jeunes. Ce qui serait remis en cause n'est donc pas forcément le RPIB, mais bien le moment de la réalisation de celui-ci. La posture du professionnel est évoquée dans cet article, réalisé par des praticiens de l'université de Bordeaux (36). Elle doit être empathique, centrée sur le patient. L'entretien nécessite une écoute active, dont le temps est calé sur le temps du patient, avec utilisation de la reformulation. Il semblerait ainsi compliqué de réaliser un entretien de qualité dans le contexte des urgences, l'adolescent admis n'étant pas forcément en état de communiquer de façon optimale et adaptée. Les mêmes problématiques sont rencontrées pour un RPIB sur l'entourage. On peut aisément imaginer l'état émotionnel d'un accompagnant (parents, familles, tuteurs) venant récupérer un adolescent aux urgences, admis pour une IAA, probablement incompatible avec un entretien de ce type-là.

L'étude de Paravin et al. (2019) mentionnait également un RPIB aux urgences, avec la particularité d'être médié par un outil informatisé : la méthode ED-SBIRT (Emergency Department- Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment). Cette méthode est explorée dans la revue scopée de Biroscak et al. (2019) (30) mentionnant 8 articles évaluant l'efficacité de cette méthode sur des adolescents (Voir Annexe II).

L'étude la plus récente de CUNNINGHAM montrait même un effet bénéfique sur la baisse des consommations et sur la réduction des conséquences néfastes des consommations de substances. L'apport de l'informatique dans la réalisation du RPIB aux urgences apporte une vraie plus-value, et permet de contourner les blocages et difficultés rencontrés lors d'une intervention RPIB classique avec un intervenant. Les adolescents seraient beaucoup plus à l'aise face à une tablette qu'à un intervenant, ressentant moins la pression et la gêne. Ils seraient également beaucoup plus à l'écoute d'une intervention dématérialisée. Le plus de cet outil est de pouvoir bénéficier d'une synthèse directe des résultats sous forme de graphique, et de pouvoir réaliser un feedback avec l'adolescent de façon didactique. Le suivi est également facilité par l'apport d'internet et d'une application disponible en ligne permettant de coacher le jeune et de visualiser son évolution au cours du suivi.

Le RPIB de la méthode ED-SBIRT est donc une intervention mixte, à la fois informatisée autonome, suivie par une intervention humaine.

CUNNINGHAM suggère d'explorer la voie d'une intervention 100 % numérique dans les prochaines années, pouvant s'adapter à l'adolescent en fonction du screening et du niveau de risque, permettant de pallier les différences entre intervenants. Si ce type d'intervention est efficace, la puissance de cette intervention pourrait être très grande compte tenu de la fiabilité, de la reproductibilité inter et intra personnelle et de l'adhésion des adolescents à ce type de programme.

❖ **Recherches complémentaires réalisées à la suite de l'analyse des résultats**

Afin de compléter cet état des lieux, une recherche complémentaire a été réalisée en aval de la revue de la littérature systématique en s'appuyant sur les termes des protocoles d'interventions les plus utilisés : « RPIB » ; « Entretien motivationnel » ; « adolescent et prevent* » sur google scholar. Nous avons ainsi pu compléter ces résultats avec 3 articles :

L'étude de Diaz et al. (39) concernait une étude type essai clinique randomisé, publiée en 2013. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact à 3 mois d'une intervention type entretien motivationnel auprès des jeunes de 16 à 24 ans admis pour IAA dans un service des urgences de Rennes. Les résultats de cette étude ne montraient pas de résultats statistiquement significatifs, mais les résultats étaient proches du seuil de significativité. Il existe un potentiel effet bénéfique à ce type d'intervention, dont les modalités auraient besoin, selon les auteurs, d'être affinées et adaptées à ce public d'adolescents. Une intervention stratifiée en fonction de l'âge serait également gage d'une meilleure efficacité, avec un suivi d'au moins 12 mois.

L'étude de Har et al. (40) faisait le point sur les interventions réalisées par les ELSA (Equipe Mobile de Soins en Addictologie) concernant la prise en charge addictologique des adolescents en hospitalisation. Plusieurs méthodes d'intervention sont utilisées par les ELSA :

- L'entretien Motivationnel donnant des résultats probants pour la prise en charge des adolescents (le caractère semi-directif des entretiens, l'absence de conseils moralistes, la prise en compte des capacités propres de l'adolescent sont autant d'éléments favorisant l'alliance et donc de la prise en charge) ;
- La thérapie basée sur la mentalisation qui est une approche psychodynamique (La mentalisation est le processus mental par lequel un individu imagine, interprète implicitement et explicitement ses actions ou celles d'un autre, sur la base d'états mentaux intentionnels (désir, besoin, sentiment, croyance) ;
- La thérapie centrée sur les émotions qui aide le traitement des processus émotionnels pathologiques afin de les réguler, de leur donner un sens et les transformer en émotions plus adaptées et positives.

L'intervention des ELSA est donc selon cet article une intervention psychothérapeutique constituée d'un ensemble de thérapies spécifiques sur les addictions chez des adolescents, notamment présentant des comorbidités psychiatriques. Le travail des ELSA peut s'intégrer parfaitement dans une prise en charge hospitalière et ambulatoire. La création d'un espace de soins en institution, spécifique au suivi des adolescents, constituerait un atout majeur, permettant notamment de travailler sur la sphère émotionnelle entourant les consommations de l'adolescent, ainsi que de favoriser les sessions de groupes, qui nous l'avons vu plus haut, est bénéfique par rapport à une intervention individuelle.

L'étude de Guillou-Landreat et al. concernait un article présentant une étude randomisée portant sur un programme de prévention bien codifié : le programme « PREVENTURE » créé au QUÉBEC. L'étude a été publiée le 23 avril 2021. Elle fait état de la nécessité d'élaborer un programme de prévention primaire le plus précoce possible, à destination des intervenants en contact direct avec les adolescents (médecin traitant, PMI, infirmier et médecin scolaire). Le programme se base sur une double intervention de 90 minutes en groupe (4 à 6 jeunes). La particularité de ce programme réside dans le fait qu'il est accessible via des conférences en ligne sur internet. Le but de cette étude était d'étudier l'impact du programme PREVENTURE sur le binge drinking (biture express) des jeunes. L'article présentait le protocole de l'étude, les résultats ne sont pas disponibles actuellement.

❖ **Bilan de l'analyse des résultats et des recherches complémentaires**

Intervention en soins primaires :

Nous avons vu que les interventions en soins primaires sont dominées par le RPIB, l'entretien motivationnel et les thérapies systémiques familiales. Si tous ces types d'interventions ont montré une efficacité dans la prise en charge des conduites addictives des jeunes, toutes n'ont pas le même rapport coût-efficacité-temps. Un des objectifs de cette revue de la littérature était de pouvoir faire le point sur les interventions les plus efficaces pour une activité en médecine générale. Dans ce contexte, deux types d'interventions semblent s'imposer.

Premier type :

Une intervention de type RPIB/Entretien motivationnel réalisée par le praticien sur tous les adolescents reçus en consultation à partir d'un âge pivot. Ceci implique un screening systématique, à l'aide d'outils validés. Une évaluation du risque addictif est alors posée avec prise en charge adaptée en fonction du niveau de risque. Cela peut être une simple discussion, un renvoi vers une prise en charge ambulatoire type Consultation Jeune Consommateur (CJC) (Voir Annexe VI) ou une orientation vers une prise en charge addictologique spécialisée.

Deuxième type :

Une intervention de type RPIB à l'aide d'un support informatisé (exemple d'une tablette laissée à disposition) en amont de la consultation médicale (dans la salle d'attente par exemple). Ce type intervention peut être réalisé avec l'aide d'un intervenant dans la salle d'attente (assistant) ou en autonomie et entièrement informatisé. Le jeune consultant l'ordinateur est soumis à un screening à l'aide d'un outil validé et automatisé. A partir de là, une multitude de protocoles peuvent être mis en place : informations médicales, témoignage de pairs, renvoi vers le médecin traitant pour débriefing, poursuite de l'intervention avec documentation envoyée par internet à l'adolescent. En bref, l'utilisation d'outils informatiques à destination des adolescents semble extrêmement prometteuse et devrait permettre l'élaboration de programmes pertinents et efficaces en prévention addictologique.

De plus, une intervention type RPIB/EM devrait être conduite par le médecin traitant à la suite de la réception d'un courrier des urgences pour l'hospitalisation de tout adolescent pour IA, ceci dans l'optique de maintenir les patients dans une dynamique de soins, avec orientation et lien vers les structures médico-sociales type CJC si besoin.

Concernant les thérapies familiales et de groupe, les contraintes de temps et d'organisation semblent ne pas être compatibles avec une utilisation en soins primaires par les médecins généralistes et pédiatres.

Intervention en secteur hospitalier

Le deuxième objectif de cette revue était de pouvoir faire le point sur les interventions réalisées en SAU concernant les problématiques addictives des adolescents. Compte tenu du cadre très spécifique des urgences, l'analyse qui en ressort montre qu'actuellement, seuls le RPIB et l'entretien motivationnel sont des options réalisables. Néanmoins, les preuves significatives d'un programme type sont difficiles à trouver. Des pistes émergent toutefois : tout adolescent présentant une IA doit avoir une prise en charge addictive selon un protocole bien établi. Etant donné sa rapidité et son efficacité, le RPIB semble s'imposer comme l'intervention la plus pertinente. Cependant, les dernières études ont relevé des points négatifs quant à l'efficacité de cette méthode. L'apport du numérique et donc l'utilisation d'un outil informatisé pourrait permettre d'améliorer l'efficacité du RPIB aux urgences, en donnant des résultats plus probants. Le RPIB pourrait donc être conduit par tout urgentiste. *In fine* cela aboutirait à l'orientation du jeune en fonction de son niveau de risque addictif vers une prise en charge adaptée, qu'elle soit ambulatoire ou en milieu spécialisé.

Les ELSA doivent de plus avoir un rôle prépondérant dans cette prise en charge. Elles peuvent réaliser des interventions de RPIB si celui-ci n'a pas été entrepris par l'urgentiste et ont les capacités d'utiliser d'autres formes d'interventions plus longues, plus orientées vers une prise en charge psychothérapeutique comme l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie centrée sur les émotions, la thérapie familiale et la thérapie de groupe.

Il sera peut-être nécessaire de repenser les temps de présence des ELSA aux urgences pour coller au mieux avec les pics de fréquentations des soirées de week-ends.

De plus, la prise en charge aux urgences doit permettre de faire rentrer le jeune dans un processus de soins. Un lien devrait être créé *in fine* avec les intervenants de soins primaires (médecin, pédiatre) afin de garantir la poursuite de la prise en charge.

L'importance du dépistage par des outils validés

En France les recommandations d'utilisation d'un questionnaire validé pour la réalisation d'un repérage font partie des recommandations HAS et de l'INSERM. (38) (41). Chez l'adulte, le questionnaire « FACE » (Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien) est recommandé pour l'alcool ; Le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) pour le cannabis ; Le test de Fagerström simplifié pour le tabac. Cependant, cette revue nous a montré une utilisation prépondérante du CRAFFT (Voir Annexe III) lors du repérage chez les jeunes (ADOSPA en version française ; Voir Annexe IV).

Le test CRAFFT/ADOSPA est un questionnaire court et simple d'utilisation, en six questions. Il permet d'évaluer le niveau de risque addictif en faible/moyen/fort et permet une orientation de soins par la suite.

Cette méthode de repérage devrait donc être majoritairement utilisée pour toute intervention addictologique concernant les adolescents en tant que méthode fiable et validée scientifiquement, notamment par l'HAS sur des travaux de 2005 (sensibilité= 92,8 %, spécificité= 77,1 %). (42) (43)

Le point sur le RPIB

Nous avons vu à travers cette revue, que le RPIB constituait un atout essentiel dans le repérage et l'intervention addictologique chez les adolescents, en médecine de soins primaires comme en médecine hospitalière. Néanmoins, le RPIB couramment fait chez l'adulte, doit être adapté en termes de communication pour les adolescents. La notion de RPIB « jeune » comme une intervention RPIB adaptée aux adolescents apparaît donc faire tout son sens. Une recherche bibliographique sur ce sujet nous montre que ce concept est connu, notamment en France depuis 2011. (44)

Le RPIB jeune a ainsi été développé avec pour adaptation majeure un recentrage sur le patient et non plus sur le produit. Le RPIB jeune recentrant l'intervention sur la personne, il est recommandé de réaliser une évaluation de l'état psychique et émotionnelle par le biais d'un questionnaire validé et recommandé : le « TSTS-CAFARD » (Voir Annexe V).

Cet hétéro-questionnaire a l'avantage d'être court, performant et de s'enquérir de la souffrance du jeune de manière anodine et indirecte. Il a été construit suite à l'enquête « LYCOLL » menée chez 3800 jeunes scolarisés en troisième et seconde.

Les objectifs du RPIB jeunes sont : (Voir Annexe VII)

- 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.

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 « OUVER » 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). (36)

Le professionnel réalisant l'intervention garantit au jeune la confidentialité de l'entretien, avant toute chose. Il respecte le temps du patient, l'engagement dans un changement pouvant être long et difficile. A noter qu'une intervention brève, suivant les compétences du professionnel, peut évoluer vers un entretien motivationnel, plus long et plus global, avec une approche psychothérapeutique notamment sur le vécu émotionnel.

L'importance de la formation des praticiens en addictologie, notamment en RPIB

Suite au rapport de l'OFDT 2005 (3), le ministère de la Santé a développé une stratégie de diffusion nationale du RPIB (2006-2010) auprès des médecins généralistes, conformément à la circulaire N°DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006. Il est proposé aux régions d'inscrire la formation au RPIB dans leurs priorités.

Toutefois, la pratique du RPIB chez les médecins en France demeure encore largement insuffisante pour avoir un impact significatif en santé publique. (44)

Comme le montrait l'étude de Palmer et al. (22), les principaux obstacles évoqués par les praticiens de soins primaires (PSP) pour la réalisation d'un RPIB sont les contraintes de temps, l'intervention et la présence des parents durant la consultation, la perception du manque d'intérêt du RPIB par les PSP, le manque de formation en RPIB, le manque de ressources financières allouées à ces interventions.

Alors que 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. (36) Si nous considérons les pédiatres ainsi que les urgentistes, ce sont les quatre professionnels de santé devant en priorité recevoir une formation pour la réalisation du RPIB jeune.

Plusieurs modes de formations sont à envisager : tout d'abord en formation continue (DPC) (44), comme il avait été désigné dans le plan gouvernemental de prévention des addictions de 2007 – 2011 : « Mesure 22. Intégrer les compétences addictologiques dans la FMC »

- Par le biais de diplômes complémentaires en post internat : DIU d'Addictologie comme cela est présenté dans la Mesure 20. Développer l'enseignement en addictologie pour les professions médicales.
- En formation initiale : tous les professionnels de soins primaires devraient être formés aux problématiques addictives, et notamment chez les jeunes, devant ce problème de santé publique.

Les ARS ont pour mission d'assurer la formation en addictologie. En aquitaine, l'ARS agit par le biais d'AGIR 33 qui est financé pour assurer la formation des praticiens. Tous les outils de formation sont développés en étroite collaboration avec les CSAPA, les départements universitaires de médecine générale ou d'addictologie.

En revanche nous pouvons observer un écueil manifeste des formations initiales en faculté de médecine en addictologie et ce, malgré l'inscription de ce principe de formation des étudiants en addictologie dans le plan gouvernemental, par une formation systématique dans les centres hospitalo-universitaire. Cette formation devrait être assurée par des enseignants chercheurs durant les trois cycles médicaux mais aussi dans écoles de formations aux différents personnels de santé. (45)

Comme le montre le travail de thèse de Baque (46), les internes de médecine générale se doivent de se former à l'addictologie, et aux diverses méthodes de communication avec le patient. En effet, l'impact d'une prise en charge précoce est majeur dans cette tranche d'âge de patient aux vues des risques de développer une dépendance future, et ceux d'autant plus que les consommations ont été précoces. Ceci est donc un enjeu de santé publique.

Pourtant, force est de constater que la formation durant les différents cycles médicaux apparaît clairement insuffisante. Ceci est illustré dans l'étude du Docteur Aymeric Djengué (47) évaluant les connaissances et les pratiques des internes en addictologie et montrant que 77,5 % des étudiants inclus dans l'étude n'ont pas obtenu la moyenne au test d'évaluation des connaissances et des pratiques ; les résultats étaient améliorés lorsque les internes avaient reçu une formation complémentaire en addictologie et lorsque les facultés accordaient plus de poids à la formation en addictologie. Il porte également le constat que le nombre d'heures moyen consacré à l'addictologie était, respectivement lors de l'externat et lors de l'internat, de 7,68 et de 6,07 heures. De même, il y avait en moyenne 10,63 et 3,21 postes ouverts en stage d'addictologie par an durant l'externat et l'internat.

Les Consultations Jeunes Consommateurs : point pratique

Les CJC sont proposés aux jeunes de 12 à 25 ans présentant des problématiques addictives, à des substances comme aux addictions sans substances (Internet, jeux vidéo). L'objectif est de réaliser un point sur les consommations et de proposer une aide adaptée à la situation du jeune et à son entourage.

Les centres de CJC sont présents dans la quasi-totalité des départements français, l'accueil y est gratuit et confidentiel. Ces centres de CJC sont généralement présents au sein des Centres spécialisés d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou dans des lieux spécialisés dans l'accueil des jeunes (Maisons des adolescents et Points accueil écoute jeunes). Les jeunes peuvent s'y rendre seuls ou accompagnés de leur parent ou d'un proche. Les parents peuvent également être reçus avec ou sans le jeune concerné.

Le premier entretien est généralement consacré à l'évaluation de la situation du jeune et au bilan de sa consommation, avec une prise en charge du patient dans sa globalité (scolarité, famille, amis, santé).

A la suite de cette phase d'évaluation, une prise en charge adaptée est proposée au jeune, dont le but est la réduction des consommations de substances voire l'arrêt si possible.

L'accompagnement peut se poursuivre durant une période plus ou moins longue selon la situation du jeune. Ces consultations sont un véritable appui en secteur extra hospitalier. L'orientation d'un jeune en situation de TU de substance devrait être systématiquement proposé, que ce soit par les médecins de soins primaires comme les médecins hospitaliers. (48) Comme le montre cet article de l'OFDT (49) depuis sa création, l'offre de soins proposée par les centres de CJC a grandement augmenté passant de 300 centres à plus de 500 en 2014. Cette offre importante a permis de maintenir un volume de consultation assez élevé, qui reste largement alimenté par les recours contraints, malgré une poussée des orientations par le milieu scolaire. Les recours contraints correspondent à une obligation de soins posée par la justice aux mineurs présentant des troubles de l'usage dans un contexte délictuel (majoritairement consommation de cannabis).

A noter que la moitié des mineurs reçus en CJC ont moins de 16 ans, très souvent accompagnés par leurs parents, pour des problématiques de consommations occasionnelles de cannabis. Le profil des patients varie également selon le sexe et les origines d'orientation comme le montre la figure

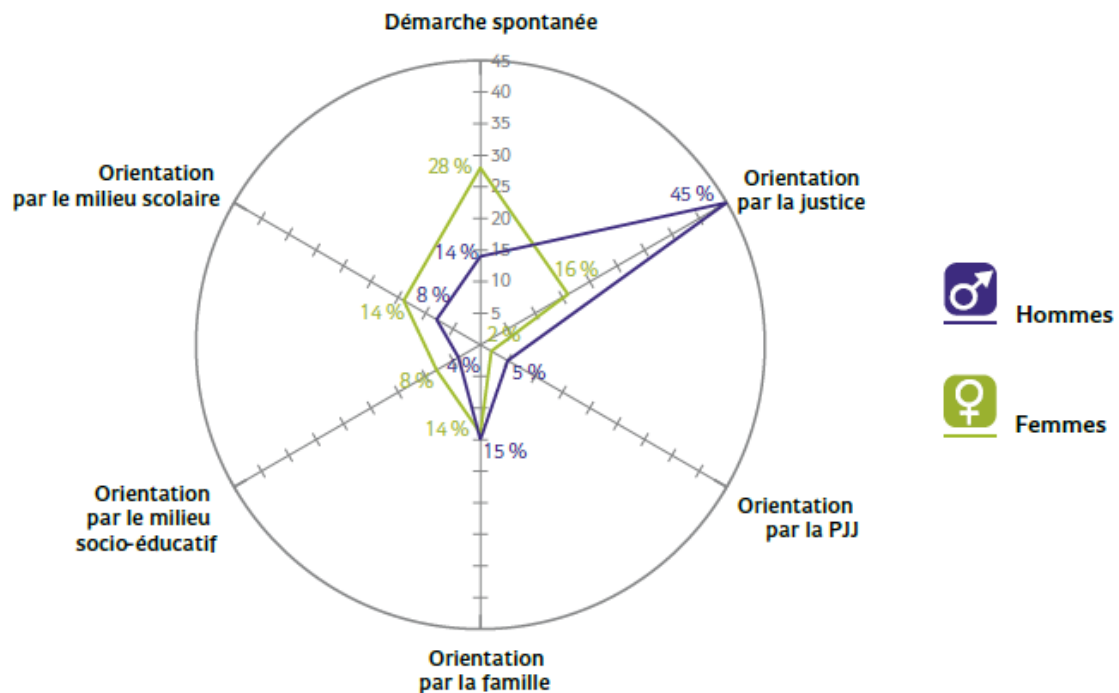


Figure 8 - Origine de la démarche de se rendre en Consultation Jeune Consommateur selon le sexe

❖ Perspectives d'avenir : le projet du Kit « Jeunes et Urgences »

Objectif

La finalité de ce projet est l'élaboration d'un corpus de stratégies destiné aux urgentistes, aux ELSA et aux CJC ainsi qu'aux autres intervenants impliqués (pédopsychiatres, psychiatres, lieux jeunes, médecins généralistes, etc.) dans la prise en charge des jeunes consommateurs en IEA ou/et en poly intoxications.

Ce projet, initialement porté par la Fédération Addiction depuis 2012 en aquitaine, a fait l'objet d'une demande de l'ARS aboutissant à ce projet « Jeunes et Urgences » en 2019. 3 ELSA référentes ont été désignées par l'ARS et ont pour mission de former les équipes au sein des centres hospitaliers de la grande région Nouvelle-Aquitaine. (50)

Le kit

Le kit, proposé sous la forme d'une clé USB, est classé par département pour que les professionnels aient un accès direct aux ressources adaptées à leur territoire. Il contient l'ensemble des outils utiles à la mise en œuvre de la démarche : (51)

- Un arbre décisionnel permettant de définir les circuits de prise en charge d'un jeune admis pour intoxication aiguë.
- Une fiche de suivi à destination de l'urgentiste et de l'ELSA.
- Un courrier de Sortie comprenant un courrier pour le jeune, un compte-rendu du passage aux urgences, deux auto-questionnaires, le « flyer jeune », le « flyer famille ».
- Divers documents complémentaires notamment des documents de communication (affiches, flyers), les recommandations de bonnes pratiques actualisées, les documents de l'historique du projet, les tests réalisées aux jeunes : TSTS CAFARD / ADOSPA / BITS, de la documentation pour de la formation individuelle en addictologie et en intervention brève.

Evaluation de l'expérimentation

Trois sites ont décidé d'expérimenter durant 3 mois la grille décisionnelle au sein de leurs services d'urgences et de leurs ELSA, en lien avec les CJC les plus proches et les médecins généralistes de la ville : L'hôpital St André du CHU de Bordeaux, le CH Côte d'Argent Dax et le CH St Cyr Villeneuve.

Cette phase d'expérimentation a pu aboutir à des modifications du kit afin de le rendre plus efficient.

En pratique, le kit propose à travers son utilisation une coordination étroite entre l'urgentiste et l'ELSA pour la prise en charge des patients.

Les urgentistes ont globalement donné un retour positif à cette expérimentation qui a permis une sensibilisation à la problématique addictive des jeunes et une formation en IB. Mais, les urgentistes relevaient des difficultés quant à la réalisation du test ADOSPA, soit par manque de temps, soit par manque ressenti de compétences en l'absence de l'ELSA.

La réalisation des tests par les urgentistes sur le lieu des urgences a été considéré comme difficile et peu concluante (les patients sont rencontrés dans le couloir et sont souvent réticents et impatients, souhaitant partir au plus vite). L'arbre décisionnel et les algorithmes ont souvent été considérés comme chronophage par les urgentistes.

Le retour fait par les ELSA a été globalement positif, avec de nombreuses prises en charge réalisées, une orientation si besoin en service spécialisé (addictologie, psychiatrie), une articulation avec la médecine de ville et les intervenants médico sociaux comme les CSAPA et CJC.

Les difficultés rencontrées par l'ELSA résidaient surtout dans l'organisation même des équipes : globalement présente du lundi au vendredi et absente le week-end. Or, il avait été montré que l'essentiel des admissions des jeunes pour IA été enregistré du vendredi soir au samedi soir, ce qui obligeait l'ELSA à traiter des dossiers le lundi à posteriori. Il s'est alors posé le problème de réaliser une intervention à distance : celle-ci était moins efficace lorsqu'elle était réalisée à distance de l'évènement et par téléphone. Les ELSA ont été également relevé une meilleure efficacité de l'intervention si la famille du jeune était présente.

Les médecins généralistes qui ont participé à l'expérimentation ont estimé que le courrier qui leur été transmis ou envoyé suite au passage aux urgences d'un jeune pour IA était appréciable. Diverses autres recommandations ont été réalisées, notamment par rapport à l'utilisation du test TSTS CAFARD qui a semblé trop sensible aux urgentistes, requérant théoriquement beaucoup d'avis psychiatriques suite à l'évaluation. (52)

Perspective d'évolution et mise en lien avec le travail de recherche réalisée

Le kit « Jeunes et Urgences » apparaît comme un très bon outil à développer afin de permettre aux SAU de prendre en charge au mieux les problématiques addictives des jeunes. Le déploiement de ce kit a permis une ouverture à l'addictologie dans le monde très complexe de la médecine d'urgences. Les retours d'expériences sur le terrain sont intéressants et devraient permettre une évolution favorable de cet outil, facilement adaptable à tout SAU.

Le renforcement de la formation des urgentistes et personnels des urgences paraît essentiel pour la pérennisation de ce projet, notamment en RPIB. Le problème du temps aux urgences sera à prendre en compte et une simplification des arbres décisionnels pourrait permettre une meilleure prise en main de cet outil pour les urgentistes.

Il se pose également la question du temps présentiel de l'ELSA sur les moments les plus opportuns, ce qui impliquerait une activité de week-end voire de nuit. Une réflexion devrait être menée compte tenu des retours ayant pu être fait de ce kit.

Concernant le kit en lui-même, la place prépondérante de RPIB est cohérente avec la recherche bibliographique de cette revue comme intervention la plus adaptée en SAU.

Aussi, il se pourrait que l'apport d'un support numérique pourrait aider l'urgentiste dans son intervention, notamment en l'absence de l'ELSA. L'ELSA pourrait également tirer parti d'une informatisation du kit, permettant un recueil plus fiable des données, une meilleure interactivité avec le jeune et *in fine* une meilleure prise en charge globale.

De plus, cet apport informatique pourrait faciliter la mise en lien avec les structures et ressources extra hospitalières pour le suivi addictologique (CJC, médecin traitant, pédiatre).

On pourra également s'interroger sur l'extension de la diffusion d'outils comme ce kit sur des intervenants recevant un public de jeunes, présentant des problématiques addictives marquées, par exemple, présence en milieu judiciaire et carcéral, présence sur des manifestations sociales de jeunes type rave-party ou concert, utilisation par les pompiers et les forces de l'ordre en prévention, car souvent au contact de jeunes dans un contexte festif, et pouvant réaliser une activité de prévention primaire et de sensibilisation.

❖ Proposition de prise en charge des mineurs présentant une Intoxication Aiguë aux urgences adultes

L'admission d'un mineur aux urgences adultes n'est jamais anodine et doit faire l'objet d'une attention particulière. Avant 15 ans et 3 mois, les mineurs sont admis aux urgences pédiatriques. Après 15 ans et 3 mois, les mineurs sont admis aux urgences adultes.

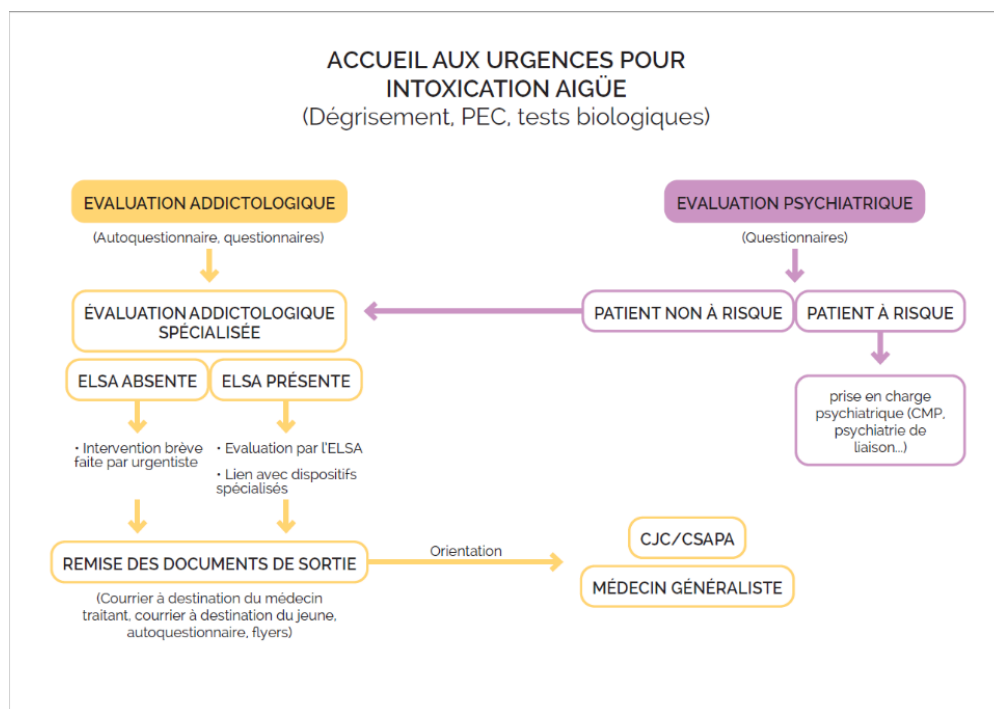
Comme vu précédemment, la moyenne d'âge des IA est autour de 16 ans et elles surviennent essentiellement les soirs de week-end.

Dans tous les cas, le consentement du mineur ainsi que des deux parents (ou de tout dépositaire de l'autorité parentale) doit être obtenu, sauf en cas d'urgence vitale où l'intervention médicale prime sur le consentement. (53)

Une IA peut constituer différents niveaux de gravité, de l'urgence vitale aux soins usuels.

Il est important d'avoir un protocole de prise en charge bien établi afin de garantir la meilleure prise en charge possible.

Le kit « Jeunes et Urgences » prévoyait un algorithme de prise en charge complet à destination des urgences. Bien que des retours négatifs aient pu être faits quant à sa lourdeur, il constitue une bonne base de travail et de réflexion et mérite une attention particulière.



Figures 9. Arbre décisionnel de prise en charge des mineurs aux urgences pour Intoxication Aiguë selon le kit « Jeunes et Urgences »

Le premier volet de la prise en charge concerne évidemment la partie somatique de l'IA en fonction de l'état de vigilance du patient et de la gravité de l'IA.

Le deuxième volet consiste à évaluer l'état psychiatrique (TSTS CAFFARD) dans ce contexte. La recommandation d'utilisation de ce test est néanmoins à discuter, concernant sa possible sensibilité trop importante avec un recours trop systématique à une prise en charge psychiatrique.

Le troisième volet consiste à réaliser l'évaluation addictologique à l'aide d'un questionnaire validé, soit le test CRAFFT/ADOSPA.

Le quatrième volet est l'intervention addictologique. Elle dépend de la présence de l'ELSA. Les retours faits sur l'évaluation du kit ont montré que les urgentistes avaient rencontré des difficultés lors de l'absence de l'ELSA pour réaliser l'intervention. Que ce soit par manque de temps, de capacité ou d'intérêt, il en était ressorti que la présence de l'ELSA pour réaliser l'intervention était un gage de réussite supérieure de l'intervention.

L'intervention retenue doit être, compte tenu de tout le travail réalisé ici, un RPIB. La question se pose de l'ajout d'une composante informatique dans ce RPIB aux urgences qui serait, comme vu précédemment, d'une meilleure efficacité.

Le cinquième volet concerne la remise des documents de sortie. Ils permettent de continuer le RPIB à distance à l'aide de divers documents d'informations et assure la coordination avec la médecine de ville (médecin traitant voire CJC/CSAPA si nécessaire). Là aussi, on pourra se poser la question de l'utilisation d'outils dématérialisés ayant fait preuve de leur efficacité, notamment par le biais d'internet. Plusieurs modes de communications sont envisageables : envoi de vidéos, liens avec une communauté de pairs, conférence à distance, suivi interactifs avec questionnaires en ligne, communication en messagerie instantanée avec des intervenants responsables (les ELSA par exemple ?).

CONCLUSION

Cette revue de la littérature a été initiée dans le but de répondre à une problématique de santé publique concernant la prise en charge addictive des mineurs aux urgences et en médecine ambulatoire.

L'analyse des résultats ainsi que des recherches complémentaires nous ont permis de réaliser un état des lieux des interventions addictologiques pratiquées.

Le RPIB s'impose comme l'intervention la plus intéressante, dans son rapport coût-temps-efficacité, tant pour le secteur de soin primaire que pour le secteur des urgences.

En soin primaire, le RPIB doit permettre de réaliser de la prévention primaire, primordiale à un certain âge pivot, afin de retarder et de diminuer les consommations de substances chez les mineurs. Un screening de tous les patients mineurs à un certain âge devrait être réalisé à l'aide des outils validés que nous avons pu trouver (TSTS CAFFARD et ADOSPA). Ce screening doit au minimum déboucher sur une intervention brève ou un entretien motivationnel suivant la situation et les connaissances du praticien. L'articulation avec les structures médico-sociales comme les consultations jeunes consommateurs et les services hospitaliers spécialisés doivent permettre un suivi optimal des mineurs présentant des problématiques addictives avérées.

En secteur hospitalier, le RPIB s'impose également selon le même rapport coût-temps-efficacité. Cependant, la difficulté de prise en charge aux urgences, dépendant des problématiques inerrantes au système de soins (manque de personnel, surcharge des services d'urgences, manque de lit d'aval) constitue des obstacles, au même titre que le manque de formation des professionnels de santé en addictologie et en RPIB.

Ces difficultés peuvent être palliées en posant un cadre organisationnel solide, en fonction de chaque situation. L'apport des ELSA à l'hôpital est un avantage conséquent dans la prise en charge des mineurs.

Le RPIB s'impose donc dans les deux secteurs de soins, mais ne constitue pas la panacée en termes d'efficacité, comme ont pu le démontrer certaines études. L'apport des supports numériques type tablette/ordinateur portable/borne interactif devrait pouvoir permettre dans l'avenir d'aider les praticiens à réaliser le RPIB, le rendant plus efficace et surtout plus attractif pour les adolescents. Des recherches doivent être poursuivies dans ce sens et des études menées. Le but de ces futures recherches sera d'améliorer les pratiques pour répondre à cette problématique de santé publique qui constitue un enjeu majeur pour le futur des adolescents et pour la société en général.

BIBLIOGRAPHIE

1. OFDT. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 [Internet]. [cité 31 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf>
2. Plan cancer européen : La Commission pour une Europe sans tabac [Internet]. Génération sans tabac. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.generationsanstabac.org/actualites/plan-cancer-europeen-la-commission-pour-une-europe-sans-tabac-dici-2040/>
3. Martini H. Le “binge drinking” ou l’assommoir des jeunes. *Après-demain* [Internet]. 2009 [cité 9 mars 2020]; N ° 10, NF(2):21-5. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2009-2-page-21.htm>
4. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). « Jeunes, Addictions & Prévention » [Internet]. [cité 31 juill 2021]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/mildeca_dossier_jeunes_addictions_2018-03-10.pdf
5. IPSOS. Etude IPSOS LES ADDICTIONS CHEZ LES JEUNES (14-24 ans) [Internet]. [cité 31 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.actions-addictions.org/wp-content/uploads/2014/08/Sondage-synthese-version-finale-5-juin-2018.pdf>
6. INSERM. Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement [Internet]. 2014 [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/5965>
7. PERRINE (A.L.), PERRINE (A.L.), DEVELAY (A.E.). Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L’apport du réseau Oscour®. Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011 L’apport du réseau Oscour®. 2013;
8. Nathalie Le Garjean, Guillaume Pavic. Les alcoolisations aiguës des jeunes admis dans les services d’urgences de Bretagne [Internet]. 2012 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=19141

9. ANAES. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. *Acta Endoscopica* [Internet]. avr 1998 [cité 9 mars 2020];28(2):151-5. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>

10. Sureau, Charpentier, Philippe. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « l'ivresse éthylique aiguë dans les service d'accueil des urgences » [Internet]. [cité 31 juill 2021]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/consensus/Actualisation_consensus_ivresse__thylique_aigu__2006.pdf

11. Picherot G, Muzslack M, Hazart I, Gras D, Dreno L, Gras-Leguen C. Alcool et adolescence. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* [Internet]. déc 2007 [cité 28 juin 2021];20(8):321-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S098779830700134X>

12. Rolland B. Trouble de l'usage d'alcool : les nouvelles méthodes d'évaluation. *La Lettre du Pharmacologue*. 1 juin 2014;28:59-65.

13. Woolfenden S, Dossetor D, Williams K. Children and adolescents with acute alcohol intoxication/self-poisoning presenting to the emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med*. avr 2002;156(4):345-8.

14. Camille Bence. Evaluation d'un trouble de l'usage d'alcool aux urgences pédiatriques: synthèse des facteurs de vulnérabilité basée sur une revue systématique de la littérature [Internet]. [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8777dd0e-0144-4877-98a0-e3c6702d4bf6>

15. Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances. Prise en charge de l'alcoolisation aiguë des moins de 25 ans aux urgences. [cité 28 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/06/CIRDD-enquete-urgences.pdf>

16. Robbins MS, Szapocznik, J, Horigian, VE, Feaster, DJ, Puccinelli, M, Jacobs, P, Burlew, K, Werstlein, R, Bachrach, K, Brigham G. Brief strategic family therapy for adolescent drug abusers: a multi-site effectiveness study. *Contemporary clinical trials* [Internet]. 2009;30(3):269-278. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00732108/full>

17. Myers MG, Brown S. A controlled study of a cigarette smoking cessation intervention for adolescents in substance abuse treatment. *Psychology of addictive behaviors* [Internet]. 2005;19(2):230-233. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00523137/full>
18. Myers MG, Prochaska J. Does smoking intervention influence adolescent substance use disorder treatment outcomes? *Substance abuse* [Internet]. 2008;29(2):81-88. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00665014/full>
19. Harris SK, Csémy L, Sherritt L, Starostova O, Van Hook S, Johnson J, et al. Computer-Facilitated Substance Use Screening and Brief Advice for Teens in Primary Care: An International Trial. *Pediatrics* [Internet]. juin 2012 [cité 14 août 2021];129(6):1072-82. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362902/>
20. Louis-Jacques J, Knight JR, Sherritt L, Van Hook S, Harris SK. Do risky friends change the efficacy of a primary care brief intervention for adolescent alcohol use? *J Adolesc Health*. avr 2014;54(4):449-53.
21. Mason M, Light, J, Campbell, L, Keyser-Marcus, L, Crewe, S, Way, T, Saunders, H, King, L, Zaharakis, NM, McHenry C. Peer Network Counseling with Urban Adolescents: a Randomized Controlled Trial with Moderate Substance Users. *Journal of substance abuse treatment* [Internet]. 2015;58:16-24. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01096567/full>
22. Palmer A, Karakus M, Mark T. Barriers Faced by Physicians in Screening for Substance Use Disorders Among Adolescents. *Psychiatr Serv*. 1 mai 2019;70(5):409-12.
23. Rigter H, Henderson, CE, Pelc, I, Tossmann, P, Phan, O, Hendriks, V, Schaub, M, Rowe C. Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and alcohol dependence* [Internet]. 2013;130(1-3):85-93. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00845058/full>
24. Garner BR. Research on the diffusion of evidence-based treatments within substance abuse treatment: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment* [Internet]. juin 2009 [cité 21 juin 2021];36(4):376-99. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547208001384>

25. Liddle HA. Treating Adolescent Substance Abuse Using Multidimensional Family Therapy. 2010;17.
26. Watson, Toner,, Day,. Youth-Social Behaviour and Network Therapy: a study of a family and social network intervention for young people who misuse alcohol and drugs. <http://www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ISRCTN93446265> [Internet]. 2013; Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01858870/full>
27. Diestelkamp S, Drechsel M, Baldus C, Wartberg L, Arnaud N, Thomasius R. Brief in Person Interventions for Adolescents and Young Adults Following Alcohol-Related Events in Emergency Care: A Systematic Review and European Evidence Synthesis. *Eur Addict Res.* 2016;22(1):17-35.
28. Arnaud N, Diestelkamp S, Wartberg L, Sack P-M, Daubmann A, Thomasius R. Short- to Midterm Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial. *Acad Emerg Med.* févr 2017;24(2):186-200.
29. Paravin M, Silvia Marani, Fabio Caputo, Monica Mazzoni. Visits of adolescents for acute alcohol intoxication to emergency departments in Northern Italy: natives and non-natives. *Journal of Substance Use.* 18 sept 2019;25:1-5.
30. Biroscak BJ, Pantaloni MV, Dziura JD, Hersey DP, Vaca FE. Use of non-face-to-face modalities for emergency department screening, brief intervention, and referral to treatment (ED-SBIRT) for high-risk alcohol use: A scoping review. *Substance Abuse* [Internet]. 2 janv 2019 [cité 28 août 2021];40(1):20-32. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/08897077.2018.1550465>
31. Walton MA, Chermack ST, Blow FC, Ehrlich PF, Barry KL, Booth BM, et al. Components of Brief Alcohol Interventions for Youth in the Emergency Department. *Subst Abuse* [Internet]. 2015 [cité 26 juin 2021];36(3):339-49. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4362952/>
32. Cunningham RM, Chermack ST, Ehrlich PF, Carter PM, Booth BM, Blow FC, et al. Alcohol Interventions Among Underage Drinkers in the ED: A Randomized Controlled

- Trial. Pediatrics [Internet]. oct 2015 [cité 26 juin 2021];136(4):e783-93. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586730/>
33. Cassen M, Delile J-M. Thérapies familiales et addictions : nouvelles perspectives. Psychotropes [Internet]. 2007 [cité 2 juill 2021];Vol. 13(3):229-49. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2007-3-page-229.htm>
 34. L'entretien motivationnel - 2e éd. - Aider la personne à engager le changement Télécharger, Lire PDF - PDF Free Download [Internet]. [cité 2 juill 2021]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/191534270-L-entretien-motivationnel-2e-ed-aider-la-personne-a-engager-le-changement-telecharger-lire-pdf.html>
 35. Phan O, Lascaux M. L'entretien motivationnel chez l'adolescent présentant des conduites addictives. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique [Internet]. sept 2009 [cité 2 juill 2021];167(7):523. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00574823>
 36. Castéra P, Afonso M, Kinouani S. Repérer précocement les adolescents présentant des conduites addictives et intervention brève: le « RPIB jeunes ». 1 févr 2017;340:6-10.
 37. HAR A. Intervention précoce auprès des jeunes consommateurs : Thérapie familiale multidimensionnelle [Internet]. [cité 2 juill 2021]. Disponible sur: <https://psyest.fr/wp-content/uploads/2018/01/Alexandre-HAR-Intervention-pr%C3%A9coce-en-addictologie.pdf>
 38. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_rapport_elaboration_2014_maj2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_05.pdf
 39. Diaz C, Ngantcha M. Admission aux urgences de Rennes des adolescents en ivresse aiguë. [cité 28 juin 2021]; Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=17808

40. Har A, Escaut A, Phan O. L'expérience d'une équipe de liaison en addictologie pour adolescents en établissement soin/étude. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* [Internet]. juin 2020 [cité 8 juill 2021];68(4):175-84. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0222961720300362>
41. INSERM. Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <https://ilyalespoir.com/wp-content/uploads/2017/04/Conduites-addictives-ados-Constats-Recommandations-04-02-14.pdf>
42. Karila L, Legleye S, François B, 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 Medicale*. 1 avr 2007;36:582-90.
43. 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 [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_7-18_ans_-_propositions.pdf
44. Castéra P, Kinouani S, Joseph J-P. Repérage précoce et intervention brève: succès et limites. *Alcoologie et addictologie*. 1 janv 2015;37:85-92.
45. Ministère de la santé. La prise en charge et la prévention des addictions plan 2007 – 2011 [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf
46. BAQUE M. Etude du lien entre formation initiale à l'addictologie et savoirs et attitudes des jeunes médecins généralistes [Internet]. 2017 [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/fe1d065c-9b7f-4d56-92be-3b1c7635d86d>
47. Djengué A, Pham A-D, Kowalski V, Burri C. L'alcoologie et les futurs médecins généralistes français. *Psychotropes* [Internet]. 20 avr 2017 [cité 3 oct 2021];Vol. 23(1):89-109. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2017-1-page-89.htm>

48. Les Consultations jeunes consommateurs (CJC), une aide aux jeunes et à leur entourage - Drogues Info Service [Internet]. NomSite. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/Les-Consultations-jeunes-consommateurs-CJC-une-aide-aux-jeunes-et-a-leur-entourage>
49. Obradovic I. Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». 2015.
50. « Jeunes et urgences » en Nouvelle-Aquitaine : le projet évolue ! [Internet]. Fédération Addiction. 2020 [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/jeunes-et-urgences-en-nouvelle-aquitaine-le-projet-evolue/>
51. Découvrez le nouveau kit « jeunes et urgences » ! [Internet]. Fédération Addiction. 2021 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/decouvrez-le-nouveau-kit-jeunes-et-urgences/>
52. Fédération Addiction. Synthèse de l'expérimentation Kit Jeunes et Urgences en Aquitaine.
53. MANZI I. L'admission d'un mineur aux urgences. :8.

ANNEXES

I. Addiction à une substance selon les critères du DSM-V

II. Description des Etudes portant sur l'utilisation d'une intervention RPIB + outils
informatisés

III. Questionnaire CRAFFT

IV. Questionnaire ADOSPA

V. Questionnaire TSTS-CAFARD

VI. Flyer Consultations Jeunes Consommateurs

VII. Points Clés sur L'intervention Brève

VIII. Fiche outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

I. Addiction à une substance selon les critères du DSM-V

ADDICTION À UNE SUBSTANCE : CRITÈRES DSM-5

Les questions suivantes reprennent les critères d'addiction à une substance selon le DSM-5 (alcool, tabac, cannabis, opiacés, cocaïne ...). Ces questions se rapportent à l'utilisation d'une seule et même substance sur une période de 12 mois. Un score de gravité peut-être calculé en fonction du nombre de symptômes présents.

L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :	Non	Oui
1 - La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu		
2 - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance		
3 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets		
4 - Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance		
5 - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison		
6 - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance		
7 - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance		
8 - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux		
9 - L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance		
10 - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance		
11 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : - syndrome de sevrage caractérisé à la substance - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.		

Cotation : attribuer 1 point en cas de réponse « oui ». Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.

Score < 2 : Absence d'addiction

Score de 2 à 3 : Addiction légère

Score de 4 à 5 : Addiction modérée

Score ≥ 6 : Addiction sévère



II. Description des Etudes portant sur l'utilisation d'une intervention RPIB + outils informatisés provenant de la revue de la littérature de Biroscak et al. (30)

Lead author (year)	Objective(s)	Study design	Basic eligibility	nFtF modalities	Main results
Gregor (2003) ⁴	To determine the feasibility of using an interactive laptop program with adolescent ED patients to prevent alcohol use and misuse.	Two-group parallel RCT (recruitment phase)	Patients were eligible for the study if they were 14–18 years of age presenting to the ED within 24 hours after an acute minor injury.	(1) Computerized screening; (2) Laptop-based interactive computer program	Seventy-four percent of recent drinkers reported that the program made them rethink their alcohol use.
Maio (2005) ⁵	To test the effects of an ED-based laptop computer intervention for reducing the normative age-related increase in alcohol misuse compared with standard of care.	Two-group parallel RCT	Patients were eligible for the study if they were 14–18 years of age presenting to the ED within 24 hours after an acute minor injury.	(1) Computerized screening; (2) Laptop-based interactive computer program; (3) Computer-assisted follow-up assessment (telephone)	Outcomes for intervention and control were Amidx scores (3 months) 1.5 and 1.4; Amidx (12 months) 1.8 and 2.1; binge drinking (3 months) 0.9 and 0.8; and binge drinking (12 months) 1.4 and 1.2. Overall, there were no significant effects.
Cunningham (2009) ¹⁷	To determine the feasibility and test the effects of computerized and therapist brief interventions for alcohol and violence among adolescent ED patients.	Three-group parallel RCT	Patients were eligible if they were aged 14–18 years presenting to the ED for either medical illness or injury.	(1) Computerized screening; (2) Computerized baseline assessment; (3) Computerized BI; (4) Computerized posttest; (5) Computerized follow-up assessment	At 3 months, participants in both interventions had SS reductions in positive attitudes for alcohol use; alcohol self-efficacy improved for therapist BI. Readiness to change was not improved.
Walton (2010) ¹⁸	To determine the efficacy of computerized and therapist (assisted by computer) brief interventions addressing alcohol use and violence among adolescents presenting to an urban ED.	Three-group parallel RCT	Patients were eligible if they were aged 14–18 years presenting to the ED for either medical illness or injury.	(1) Computerized screening; (2) Computerized baseline assessment; (3) Computerized BI; (4) Computerized follow-up assessment (in person)	At 6 months, participants in therapist intervention showed reductions in alcohol consequences compared with controls; participants in computer intervention showed reductions in alcohol consequences.
Cunningham (2012) ³¹	To determine efficacy of computerized and therapist (assisted by computer) brief interventions for alcohol use and violence at 12 months, among adolescent ED patients.	Three-group parallel RCT	Patients were eligible if they were aged 14–18 years presenting to the ED for either medical illness or injury.	(1) Computerized screening; (2) Computerized baseline assessment; (3) Computerized BI; (4) Computerized follow-up assessment (in person)	Brief intervention groups (computerized and therapist assisted by computer) and control group did not differ on alcohol-related variables at 12 months.
Linakis (2013) ³⁸	To determine feasibility and acceptability of a brief pediatric ED prevention intervention to delay/prevent initiation of alcohol use in 12- to 14-year-olds.	Two-group parallel RCT	Patients were eligible if they were aged 12–14 years and were seen in the pediatric ED for non-life-threatening injury or illness.	(1) Computerized screening; (2) Computerized baseline assessment; (3) Brochures; (4) Telephone booster; (5) Web-based follow-up assessment	There were no differences between brief targeted prevention interventions and enhanced standard care among parent-adolescent dyads for substance-related outcomes.
Cunningham (2015) ⁴⁸	To determine the efficacy of computerized and therapist (assisted by computer) brief interventions, with and without a post-ED session, in reducing primary outcomes of alcohol consumption and consequences among adolescents.	3 × 2 factorial design	Patients were eligible if they were aged 14–20 years presenting to the ED for either medical illness or injury.	(1) Computerized screening; (2) Computerized baseline assessment; (3) Computerized BI; (4) Therapist post-ED session (computer facilitated); (5) Computerized/Web-based follow-up assessment	Therapist and computer BIs significantly reduced consumption at 3 months, consequences at 3 and 12 months, and prescription drug use at 12 months; the computer BI reduced the frequency of DUI at 12 months; and therapist BI reduced the frequency of alcohol-related injury at 12 months. The post-ED session reduced alcohol consequences at 6
Walton (2015) ⁴⁷	To examine changes at posttest in psychological constructs by condition in an ongoing RCT of underage drinkers in the ED and to examine associations between BI components and changes in constructs.	Three-group pretest/posttest (subanalysis of 3 × 2 factorial design)	Patients were eligible if they were aged 14–20 years presenting to the ED for either medical illness or injury.	(1) Computerized screening; (2) Computerized baseline assessment; (3) Computerized BI; (4) Therapist post-ED session (computer facilitated); (5) Computerized/Web-based follow-up assessment	As compared with controls, significant increases were found at posttest for the TBI in “importance to cut down” and “readiness to stop” and for the CBI in “importance and likelihood to cut-down.”

III. Questionnaire CRAFFT

The CRAFFT Questionnaire (version 2.1)

To be completed by patient

Please answer all questions **honestly**; your answers will be kept **confidential**.

During the PAST 12 MONTHS, on how many days did you:

- | | |
|---|-----------|
| 1. Drink more than a few sips of beer, wine, or any drink containing alcohol ? Put "0" if none. | # of days |
| 2. Use any marijuana (weed, oil, or hash, by smoking, vaping, or in food) or " synthetic marijuana " (like "K2," "Spice") or "vaping" THC oil ? Put "0" if none. | # of days |
| 3. Use anything else to get high (like other illegal drugs, prescription or over-the-counter medications, and things that you sniff, huff, or vape)? Put "0" if none. | # of days |

READ THESE INSTRUCTIONS BEFORE CONTINUING:

- If you put "0" in ALL of the boxes above, ANSWER QUESTION 4, THEN STOP.
- If you put "1" or higher in ANY of the boxes above, ANSWER QUESTIONS 4-9.

- | | No | Yes |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Have you ever ridden in a CAR driven by someone (including yourself) who was "high" or had been using alcohol or drugs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Do you ever use alcohol or drugs to RELAX , feel better about yourself, or fit in? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Do you ever use alcohol or drugs while you are by yourself, or ALONE ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Do you ever FORGET things you did while using alcohol or drugs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Do your FAMILY or FRIENDS ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Have you ever gotten into TROUBLE while you were using alcohol or drugs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOTICE TO CLINIC STAFF AND MEDICAL RECORDS:

The information on this page is protected by special federal confidentiality rules (42 CFR Part 2), which prohibit disclosure of this information unless authorized by specific written consent. A general authorization for release of medical information is NOT sufficient.

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2016.

Reproduced with permission from the Center for Adolescent Substance Abuse Research (CeASAR), Boston Children's Hospital. For more information and versions in other languages, see www.ceasar.org

IV. Questionnaire ADOSPA

Questionnaire ADOSPA (ADOlescents et Substances Psycho Actives)

Ce questionnaire peut être utilisé dans le cadre d'un entretien plus global avec la personne et, si besoin, suivi d'une intervention adaptée à la situation (intervention brève, orientation vers les dispositifs spécialisés, etc.).

Adolescents et substances psychoactives

Au cours des douze derniers mois ...

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait trop bu ou qui était sous l'emprise de drogue(s) ?

Oui Non

2. Avez-vous déjà utilisé de l'alcool ou d'autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?

Oui Non

3. Vous est-il arrivé d'oublier ce que vous aviez fait (ou de faire des choses que vous n'auriez pas faites) sous l'emprise de drogue(s) ou d'alcool ?

Oui Non

4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes seul(e) ?

Oui Non

5. Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?

Oui Non

6. Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou de drogue(s) ?

Oui Non

Interprétation du score

Au moins 2 réponses affirmatives sur les 6 questions indiquent un usage nocif de drogues ou d'alcool, c'est à dire un mode de consommation répété qui entraîne des méfaits sur le plan physique, affectif, psychologique ou social.



Test TSTS-CAFARD

TSTS = 1^{ère} série de questions :

Traumatologie → As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sommeil → As-tu déjà eu des difficultés à t'endormir le soir ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tabac → As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Stress → Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire ou professionnel, ou par la vie de famille, ou les deux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

A chaque réponse positive obtenue au TSRS, poursuivez en introduisant un niveau de gravité à partir de "5 mots clés" :

CAFARD = Questions complémentaires si « au moins un oui » à la 1^{ère} série :

Sommeil → Cauchemars : Fais-tu souvent des Cauchemars ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traumato → Agression : As-tu été victime d'une Agression physique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tabac → Fumeur quotidien : Fumes-tu tous les jours du tabac ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Stress scolaire → Absentéisme : Es-tu souvent Absent, ou en retard à l'école ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Stress familial → Ressenti Désagréable familial : Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Lecture : si réponse affirmative à trois questions, il est probable que le jeune ait déjà eu des idées suicidaires voire ait déjà effectué une tentative de suicide.



**Consultations
Jeunes
Consommateurs**

Les CJC sont destinées aux jeunes consommateurs et à leur famille.

Il s'agit de consultations anonymes et gratuites destinées à faire le point sur la situation de consommation, à vous apporter informations et conseils, à envisager ensemble des solutions.

Il existe près de chez vous un endroit pour en parler et faire le point:

33
Gironde

• CAAN'abus - CEID-Addictions / ANPAA
Pôle d'addictologie - CH Perrens
39-41 rue Sainte Colombe
33000 Bordeaux - 05 56 01 25 66
Antenne de Libourne 06 79 22 38 77
Antenne d'Arcachon 05 56 83 11 12
Antenne d'Andernos 05 56 83 11 12
Antenne d'Arès 05 56 83 11 12

• CSAPA ANPAA 33
67 rue Chevalier 33000 Bordeaux
05 57 57 00 77
Antenne de Cenon
Antenne du Teich
Antenne de Blaye
Antenne de Pauillac
05 57 57 00 77

et ailleurs www.drogues-info-service.fr
www.addictoclic.com

FÉDÉRATION
ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Ministère de la Santé
Solidarité et
Prévoyance

ars
Association
Régionale
Santé
Solidarité

L'intervention brève : les points clés*

Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- ◆ Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- ◆ **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- ◆ **Évaluer avec le consommateur** ses **risques** personnels et situationnels.
- ◆ Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- ◆ **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- ◆ **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- ◆ **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- ◆ **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- ◆ Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- ◆ Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...

→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).



→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



*D'après l'outil d'aide au repérage précoce et intervention brève de la **Haute Autorité de la Santé**

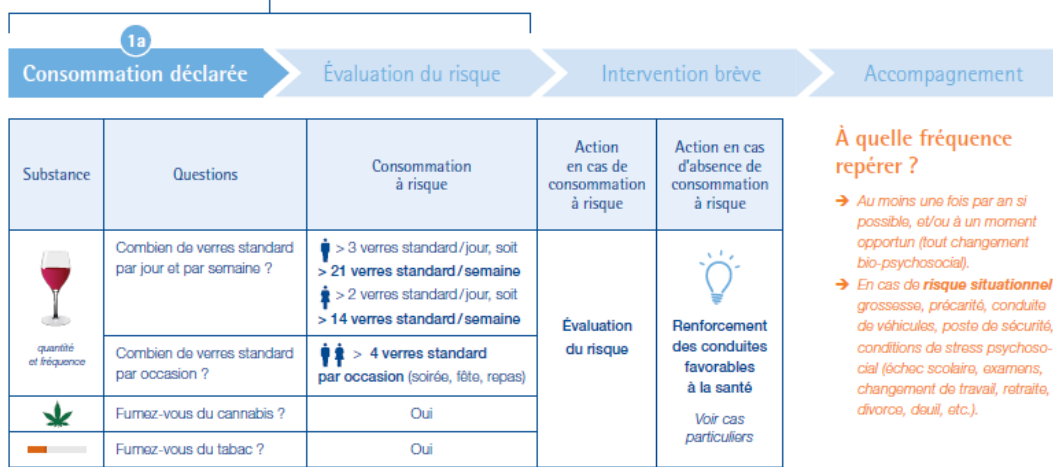
VIII. Fiche outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France. Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE



À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).
- En cas de **risque situationnel** : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente. De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de l'Inpes et de la Fédération Addiction.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score** :
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score** :
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score** :
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score** :
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score** :

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)
Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 ; renforcement des conduites favorables à la santé
Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 6 ; intervention brève
Dépendance probable : H et F plus de 8 ; proposer une consultation d'addictologie

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, biture expresse, ivresse aigüe) : à partir de 6 verres standard (soit 60 g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse



inpes.fr



Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
10 cl de vin à 12°, 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alcopops - prémix]), 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages



- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fetal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.



Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques
 Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
 Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

DROGUES INFO SERVICE
 Plus d'infos pour le patient

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

SI OUI

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
 « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.

Si oui :

- « pendant combien de temps ? »
- « depuis quand avez-vous arrêté ? »

tabac-info-services.fr

REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer** avec le consommateur ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

- La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES DE LA REVUE

❖ Issues de la revue systématique :

- Myers MG, Brown S. A controlled study of a cigarette smoking cessation intervention for adolescents in substance abuse treatment. *Psychology of addictive behaviors* [Internet]. 2005;19(2):230-233. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00523137/full>
- Myers MG, Prochaska J. Does smoking intervention influence adolescent substance use disorder treatment outcomes? *Substance abuse* [Internet]. 2008;29(2):81-88. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00665014/full>
- Robbins MS, Szapocznik, J, Horigian, VE, Feaster, DJ, Puccinelli, M, Jacobs, P, Burlew, K, Werstlein, R, Bachrach, K, Brigham G. Brief strategic family therapy for adolescent drug abusers: a multi-site effectiveness study. *Contemporary clinical trials* [Internet]. 2009;30(3):269-278. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00732108/full>
- Harris SK, Csémy L, Sherritt L, Starostova O, Van Hook S, Johnson J, et al. Computer-Facilitated Substance Use Screening and Brief Advice for Teens in Primary Care: An International Trial. *Pediatrics* [Internet]. juin 2012 [cité 14 août 2021];129(6):1072-82. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362902/>
- Louis-Jacques J, Knight JR, Sherritt L, Van Hook S, Harris SK. Do risky friends change the efficacy of a primary care brief intervention for adolescent alcohol use? *J Adolesc Health*. avr 2014;54(4):449-53.
- Mason M, Light, J, Campbell, L, Keyser-Marcus, L, Crewe, S, Way, T, Saunders, H, King, L, Zaharakis, NM, McHenry C. Peer Network Counseling with Urban Adolescents: a Randomized Controlled Trial with Moderate Substance Users. *Journal of substance abuse treatment* [Internet]. 2015;58:16-24. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01096567/full>

- Palmer A, Karakus M, Mark T. Barriers Faced by Physicians in Screening for Substance Use Disorders Among Adolescents. *Psychiatr Serv.* 1 mai 2019;70(5):409-12.
- Rigter H, Henderson, CE, Pelc, I, Tossmann, P, Phan, O, Hendriks, V, Schaub, M, Rowe C. Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and alcohol dependence* [Internet]. 2013;130(1-3):85-93. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00845058/full>
- Diestelkamp S, Drechsel M, Baldus C, Wartberg L, Arnaud N, Thomasius R. Brief in Person Interventions for Adolescents and Young Adults Following Alcohol-Related Events in Emergency Care: A Systematic Review and European Evidence Synthesis. *Eur Addict Res.* 2016;22(1):17-35.
- Arnaud N, Diestelkamp S, Wartberg L, Sack P-M, Daubmann A, Thomasius R. Short-to Midterm Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial. *Acad Emerg Med.* févr 2017;24(2):186-200.
- Watson, Toner,, Day,. Youth-Social Behaviour and Network Therapy: a study of a family and social network intervention for young people who misuse alcohol and drugs. <http://www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ISRCTN93446265> [Internet]. 2013; Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01858870/full>
- Paravin M, Silvia Marani, Fabio Caputo, Monica Mazzoni. Visits of adolescents for acute alcohol intoxication to emergency departments in Northern Italy: natives and non-natives. *Journal of Substance Use.* 18 sept 2019;25:1-5.
- Biroscak BJ, Pantaloni MV, Dziura JD, Hersey DP, Vaca FE. Use of non-face-to-face modalities for emergency department screening, brief intervention, and referral to treatment (ED-SBIRT) for high-risk alcohol use: A scoping review. *Substance Abuse* [Internet]. 2 janv 2019 [cité 28 août 2021];40(1):20-32. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/08897077.2018.1550465>

❖ **Issues des recherches complémentaires :**

- Diaz C, Ngantcha M. Admission aux urgences de Rennes des adolescents en ivresse aiguë. [cité 28 juin 2021]; Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=17808
- Har A, Escaut A, Phan O. L'expérience d'une équipe de liaison en addictologie pour adolescents en établissement soin/étude. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* [Internet]. juin 2020 [cité 8 juill 2021];68(4):175-84. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0222961720300362>
- Guillou-Landreat M, Tahmazov E, Schreck B, Grall-Bronnec M, Conrod P, Audrey L, et al. The efficacy of a targeted PREVENTION programme for addictive behaviour (PREVENTURE) among vulnerable ADOlescents in France - study protocol. *BMC Public Health*. 23 avr 2021;21.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Titre :

Revue systématique de la littérature sur la prise en charge des mineurs de 12 à 18 ans présentant des troubles liés à l'usage de substances ; Etat des lieux des interventions aux urgences et en soins primaires.

Résumé :

Introduction : La consommation de substances psychoactives et donc potentiellement addictives est fréquente chez les moins de 18 ans et constitue un problème de santé publique. Cependant les études manquent, peu de projets de prise en charge des problématiques addictives pour les adolescents sont actifs.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en respectant la méthodologie PRISMA portant sur un dépistage de 2000 à 2020 sur la prise en charge addictive des 12-18 ans aux urgences et en soins primaires. 13 études ont été sélectionnées pour l'analyse.

Résultats : 7 études concernaient le secteur hospitalier, 6 études le secteur de soins primaires. Les résultats ont montré une efficacité dans des interventions type RPIB, entretien motivationnel, thérapie de groupe, thérapie familiale et en réseau. L'intervention la plus pertinente pour le secteur hospitalier et les soins primaires apparaît comme être le RPIB médié par un outil informatisé.

Conclusion : l'interprétation des résultats ainsi que des recherches complémentaires confirment l'intérêt du RPIB sous une forme informatisée, permettant de rentrer plus facilement en relation avec les adolescents. Des recherches devraient être approfondies dans ce sens. L'amélioration des praticiens en addictologie et en RPIB est également centrale dans le processus de prise en charge, comme l'articulation entre les différents acteurs du système de santé, comme les ELSA à l'hôpital et les CJC en soins primaires.

Mots clés :

Troubles liés à l'usage ; Adolescents ; Jeunes ; Addiction ; Services des Urgences ; Soins Primaires ; RPIB ; Prévention