

**COMPTE-RENDU
DE LA REUNION PARENTALITE et ADDICTION
DU 31 JANVIER 2012
ECLAT-GRAA - GRPS - LOOS**

Date de la réunion : 31 janvier 2012

Début de la réunion : 14h30

Etaient présents :

- | | |
|-----------------------------|--|
| • Monsieur le Docteur YGUEL | Chef de Pole DACA – CHPA |
| • Madame BUZIAU | CAMSP Caudry |
| • Madame MASSICOTTE | Directrice Générale ACRDQ |
| • Madame MATTHEWS | CHRU Lille |
| • Madame MERCIER | CAMPS Caudry |
| • Madame SERRE | Psychologue - CHPA |
| • Madame COSSART | Secrétaire – CHPA |
| • Madame DUQUAY | Chef de Service MSSS |
| • Monsieur CUILLERIER | Directeur de la Commission Universitaire CDC –IUD Québec |
| • Madame TESTELIN | Directrice ECLAT-GRAA |
| • Madame MARCHESIELLO | ANPAA 62 |
| • Monsieur TELLE | Service Prévention Addiction 59 |
| • Madame PICAUVET | CSAPA « Jeu de Paume » Béthune |
| • Madame MARION | CSAPA « Jeu de Paume » Béthune |
| • Madame CHARBONNEAU | CDC –IUD Québec |
| • Madame BREMSHEY | Centre de Réadaptation en dépendance Laval (Le Maillon) |
| • Monsieur BUJOLD | Centre de Réadaptation en dépendance Laval (Le Maillon) |
| • Madame DESCHENES | Centre de réadaptation Ubald Villeneuve (CRUV) |
| • Madame LECLERCQ | Maison des ados Lille |
| • Madame VILLEZ | Directrice « Le Cèdre Bleu » Lille |
| • Monsieur le Docteur URSO | CH Roubaix |

Etaient excusés :

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| • Madame DOOGHE | ANPAA 59 |
| • Madame DHOUDAIN | Réseau Périnatalité CHSA |
| • Xavier LOOSFELD | CH St Amand-les-Eaux |
| • Catherine RIGAUT-COMBES | ARS NPDC |
| • Véronique FEUTRY | |
| • Hélène BOMY et Sophie CARPENTIER | Réseau Ombrel |
| • Lucie MALYSA | CH Roubaix |

Ordre du Jour

- Synthèse des 3 réunions précédentes
- Etat des Lieux de ce qui se fait en France et Au Québec concernant la parentalité
- Propositions de pistes de travail

I. Historique :

Un groupe de cliniciens du GRAA Nord – Pas-de-Calais a travaillé durant de longues années sur le thème du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (création de SAF France) relayé aujourd'hui sur le terrain par le biais de formations par l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie). En 2011, la reformulation des préoccupations de la thématique Alcool et Grossesse a abouti à une réflexion plus large sur le thème de la parentalité.

Très vite, l'idée d'un découpage de cette thématique en trois temps distincts (périnatalité, petite enfance et adolescence) est apparue pertinente d'autant que ce découpage correspond à celui mis en place au niveau des services de soins français mais aussi d'autres pays tel que le Québec.

La réunion de ce jour a pour objectif :

- De faire la synthèse des réunions qui se sont déroulées en 2011 dont chacune d'elle était dédiée spécifiquement à un sous groupe
- De planifier les réunions à venir et d'en définir les objectifs
- De profiter de la venue de la délégation québécoise en France pour faire un état des lieux des différents dispositifs et des types d'intervention tant québécois que français,
- De réfléchir aux complémentarités possibles,
- D'élaborer un guide des bonnes pratiques pour espérer finaliser un travail sur ce thème qui pourrait être présenté aux instances des deux pays.

Au cours de cette présentation, le Docteur YGUEL rappelle brièvement l'origine de la coopération FRANCO QUEBÉCOISE qui a été créée grâce au soutien financier du Consulat de France au Québec et à l'implication du Ministère des Affaires Etrangères du Québec. En France, c'est le COPAAH (Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière) qui actuellement est porteur de la coopération.

Deux missions axées sur les équipes de liaison ont déjà été menées (implantation des équipes de liaison, modalités d'échanges de pratiques pluridisciplinaires et plurinstitutionnelles en addictologie), l'intérêt québécois étant de développer cette modalité de prise en charge au Canada, ce qui est chose faite. Depuis les équipes québécoises ont développé des outils d'évaluation validés sur ce modèle d'intervention.

La parentalité fait l'objet d'une 3^{ème} mission qui devrait durer 3 ans. D'autres thématiques, telles que « Justice Addiction », pourraient faire l'objet de travaux futurs.

II. Présentation des participants:

Un tour de table est réalisé. Chaque participant expose son travail et explique les missions qui leur sont confiées ainsi que succinctement, le fonctionnement de leur service.

Les structures ainsi présentées sont :

- L'ANPAA : Association Nationale de Prévention en Addictologie et Alcoologie
- L'ARPEJ (le Cèdre Bleu) : Service d'Accueil et de Rencontres Parents Et Jeunes
- Le CAARUD (le Cèdre Bleu) : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues
- Le CDC – IUD : Centre Dollard Cormier – Institut Universitaire sur les Dépendances
- L'ACRDQ : Association des Centres de Réadaptation en Dépendance du Québec
- Le MSSS : Ministère de Santé et des Services Sociaux

- Le Centre de Réadaptation de Laval Le Maillon au Québec (programme famille, programme 6/12ans, programme « Main dans la Main » (0/5 ans), programme Jessie)
- Le CRUV : Centre de Réadaptation Ubald Villeneuve au Québec (programme jeunes parents)
- CAMSP Caudry : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce de Caudry
- CSAPA le Jeu de Paume à Béthune ; Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention et Addictologie (équipe parentalité)
- Service Prévention et Addiction à Cambrai
- La maison des ados à Lille
- Le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Roubaix
- Le service d'addictologie du Centre Hospitalier d'Avesnes

Le Docteur YGUEL explique que l'éclatement important des dispositifs rend parfois difficile le travail de collaboration et précise que les différents programmes cités par les collègues québécois sont certes intéressants mais leur transposition dans nos pratiques n'est pas toujours efficiente

III. Synthèse des 3 réunions précédentes (2011)

Le Docteur URSO synthétise la réunion ayant eu pour objet les échanges autour de la *périnatalité/petite enfance*. Malgré un grand nombre de formations/sensibilisation à l'addictologie (réalisé par l'ANPAA mais aussi par les dispositifs addictologiques) à la fois pour le champ sanitaire que social, des difficultés persistent :

- Les équipes du CAMSP sont souvent confrontées au déni des mamans avec le risque si l'on aborde la problématique alcool avec la mère, de perdre la prise en charge de l'enfant
- Et qui consistent à pérenniser les prises en charge ceci du fait de l'éclatement du dispositif (comme mentionné ci-dessus)
- Notamment celle de concevoir une prise en charge efficace quand le dispositif est informel

Quelles modalités adopter pour éviter cela ?

- Mettre en place de supervisions ?
- Créer des structures mères enfants ? Hôpital de Jour ?
- Créer un annuaire de réseaux qui mentionnerait les coordonnées d'**interlocuteurs référents** afin de permettre un maillage plus structuré entre l'addictologie, la périnatalité, les CAMSP, la pédiatrie,...
- Envisager d'effectuer des signalements (notion de secret professionnel et de secret partagé) ?
- Créer des modalités de prise en charge formelles (équipe de parentalité) ?

L'équipe du CSAPA de Béthune évoque leurs pratiques et la mise en place d'une prise en charge spécifique qui fonctionne sur la base du volontariat. Elles interviennent avant la naissance et pendant l'accouchement. Durant cette phase, le suivi se fait relativement facilement, mais sa poursuite est plus difficile au retour à domicile, dès lors un partenariat s'avère nécessaire.

Les québécois évoquent le même constat dans les années 2000 d'où le besoin et le souhait d'avoir une stratégie commune en élaborant différents programmes notamment un programme de formation de base favorisant un repérage précoce en périnatalité.

Cependant former les intervenants de 1^{ière} ligne (services de périnatalité, crèches, écoles, médecins généralistes ...) n'a d'intérêt que si des **liens forts entre 1^{ière} et 2^{ième} lignes** existent par le **biais de réseaux « personnalisés »**. Sans cela, le repérage peut s'avérer, dans certains cas, plus dangereux qu'efficace (risque d'exclusion). Par ailleurs, selon l'âge de l'enfant, le repérage de la problématique alcool au sein de la famille est plus ou moins aisé :

- Sans doute plus facile de la périnatalité à la petite enfance (en lien avec les services de périnatalité, les PMI... qui permettent un repérage sans étiquetage, mais nécessitant néanmoins la formation des professionnels)
- Chez les 12/15 ans, le repérage est plus compliqué d'où la nécessité de sensibiliser les écoles/collèges

- Chez les ado/jeunes majeurs, la problématique peut concerner l'addiction d'un des parents et/ou celle de l'ado lui-même. Dans ce dernier cas, la demande d'aide est rarement celle de l'ado mais très souvent liée à l'inquiétude des parents, nécessitant de diversifier les approches tout en prenant garde de ne pas se disperser. La capacité du réseau de travailler en collaboration est alors primordiale : plus le système d'intervention coopère, plus le travail avec les familles est efficace (compétences partagées) : **la 1^{ière} ligne repère, la 2^{ème} ligne expertise**

Ce schéma est celui mis en place au Québec :

- Les formations de base donnent aux intervenants de 1^{ière} ligne la possibilité de repérer/détecter
- Les intervenants de 2^{ème} ligne ont eux les compétences pour réaliser un travail d'expertise. Ils interviennent auprès de la population « détectée » là où elle se trouve (urgences écoles, protection jeunesse).

Au Québec, c'est le ministère qui a défini les missions de chacun (1^{ière} et 2^{ème} ligne) permettant ainsi un cadre commun et structuré.

Le Docteur YGUEL évoque la spécificité de la **prise en charge ado** et s'interroge sur les critères à définir quant à la mise en place d'une **filière** qui leur serait consacrée ainsi qu'à leurs parents/famille. Doit-elle être fléchée addictologique ou plus **diversifiée** et caractérisée par l'ensemble des problématiques qu'ils peuvent rencontrer (gynécologiques, troubles du comportement (Troubles des Conduites Alimentaires), tous types d'addictions, rupture de liens, ...). Différents modèles existent : le premier modèle centré sur l'addictologie (Horizon du Docteur EBERT à Paris ou du Professeur MICHAUD à Lausanne, la seconde approche centrée sur la pédopsychiatrie comme intervenant principal (modèles des Centre de Références en Dépendance du Québec, Service du Professeur DODIN Saint Vincent de Paul à Lille, Docteur DOUBLET de La Maison de Solène à Paris). Par ailleurs, il existe des filières organisées dans la métropole lilloise, plutôt pris en charge par le milieu socio éducatif (?) du fait de ressources disponibles existantes ce qui est loin d'être le cas en « périphérie »

Le second schéma semble plus pertinent car moins restreint. Les Maisons des Ado pourraient être le premier maillon de cette filière. Cependant, là encore, la création de cette filière n'aurait d'intérêt que s'il existe un **réseau personnalisé efficace** (personnes ressources des champs sociaux, éducatifs, sanitaires, judiciaires, bien identifiées pour une orientation adaptée)

IV. En résumé

1. **La coordination** entre les différentes administrations (sanitaires, sociales, hospitalières, éducatives, judiciaires...) est nécessaire.

Cette logique reste cependant à être définie :

- Le réseau périnatalité doit-il accroître ses missions vers la parentalité ?
- Faut-il attribuer ces nouvelles missions aux réseaux dit « locaux », constitués souvent d'intervenants plus sociaux que sanitaires, généralement informels, qui ne disposent pas de financement pour leur fonctionnement et qui auraient pour principes de créer les « ponts » nécessaires ?
- La nomination d'un **réfèrent parentalité** pourrait-elle être une réponse ?
- Faut-il **développer les missions des équipes de liaison** pour permettre la prise en charge de la parentalité ?

La mission de coordination fait partie des missions des CSAPA (Accueil/Ecoute/Orientation) sans qu'ils en aient les moyens humains. Par ailleurs, des enjeux (budgétaires, déontologiques, secrets professionnels...) rendent parfois difficile des partenariats possibles

2. **La formation** « basique » de l'ensemble des acteurs (sanitaires, sociaux, hospitaliers, éducatifs, judiciaires...) est indispensable pour réaliser :
 - un **repérage précoce** (sensibilisation aux outils de détection),
 - une **transmission d'informations opérante** à l'ensemble des acteurs qui auront à intervenir à un moment ou l'autre de la vie du « petit enfant » au jeune adulte qu'il deviendra
3. **La structuration** concernant les patients ado et la prise en charge parentale. Mise en place d'une réponse adaptée. La question d'une filière de soins (ambulatoire, hospitalisation de jour, résidentielle) est posée à plusieurs reprises. Deux modèles existent : l'une centrée sur l'addiction et l'adolescence l'autre sur les adolescents. La proposition d'un groupe de travail pluridisciplinaire comprenant les pédopsychiatres notamment sur cette question est énoncée

Chacune de ces thématiques fera l'objet d'une demi-journée de travail

V. **Les objectifs de la coopération Franco-Québécoise**

- Etablir un état des lieux de ce qui se fait en France et au Québec
- Rendre accessible un lieu d'échanges via un portail internet à l'ensemble des acteurs concerné par l'addictologie (lancement prévu dans quelques mois) en y faisant apparaître :
 - Les mémoires
 - Le répertoire des outils et programmes validés existants
 - Les échanges de connaissances à l'aide de séminaires
 - Les publications
 - Les contacts afin de les favoriser (démocratiser la Conférence Internationale)

VI. **Prochaine rencontre**

Jeudi 10 mai 2012

14h00-17h00

**Dans les locaux d'ECLAT-GRAA
Parc Eurasanté LOOS**

Ordre du Jour

Cette réunion a pour ordre du jour

- **La filière de soin - Les différents modèles existants**

Deux autres rencontres seront programmées dont les thèmes porteront sur :

- **La coordination**
- **La formation**

Fin de réunion 17h