

Faculté de santé publique

Quel est le contexte social de la consommation du tabac chez les jeunes adolescents pris en charge en milieu psychiatrique ?

- Enquête et réflexions quant aux possibilités d'un dispositif de préventions systématiques du tabac en institution psychiatrique.

Mémoire réalisé par
Martin DEGROOT

Promoteur(s)
Dr. Denis JAQUES

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements :

En prologue à ce mémoire, je souhaite transmettre mes remerciements les plus authentiques :

- À ma mère, pour son soutien inébranlable et inconditionnel. Elle qui a tant sacrifié pour que je ne manque rien.
- À mon grand frère pour l'exemple et modèle à suivre. Qui m'a prouvé que tout était possible si on travaillait suffisamment pour cela.
- À mes deux petits frères pour m'avoir confronté et m'avoir poussé à assumer le rôle et les responsabilités d'ainé. À vous maintenant de relever les défis et de montrer l'exemple.
- À tous mes amis, que je chéris et que je remercie pour m'avoir rendu heureux toutes ces longues années.
- À mes marraines, pour le soutien et le temps investi dans ce travail. Et toute ma famille pour avoir été soudée quoi qu'il arrive.
- Je remercie mon promoteur le Dr Jaques Denis pour son professionnalisme exemplaire, son soutien et son esprit critique. Je n'aurais pas pu espérer une meilleure collaboration et je vous en remercie.
- Je remercie les adolescents du centre qui, malgré la courte période de stage, m'ont accueilli à bras ouverts.
- À la faculté de santé publique de l'Université Catholique de Louvain pour l'ensemble du cursus proposer ainsi qu'à l'ensemble des professeurs et du personnel administratif.
- À vous, lecteurs de ce travail qui l'honorez de votre temps et de votre attention. Merci.

À tous et à toutes, je vous présente mes remerciements et ma plus profonde gratitude.

Martin A. DEGROOT

Août 2019

Plagiat :

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux.) Emprunter où faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain. »

Table des matières

Remerciement.....	1
Plagiat.....	2
Liste des abréviations.....	5
<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>6</u>
Présentation de la problématique.....	7
Question de recherche.....	8
Objectifs de l'étude.....	9
A. CADRES THÉORIQUES.....	10
<u>Chapitre 1 : L'adolescence, l'âge du changement.....</u>	<u>10</u>
1. Définitions.....	10
2. La santé et le bien-être des adolescents.....	11
3. Les <i>teenagers</i> en psychiatrie.....	13
<u>Chapitre 2 : Le contexte social des adolescents.....</u>	<u>14</u>
1. Définitions.....	14
2. Réseau social et communauté.....	14
3. Le capital social.....	15
4. L'effet de pairs.....	16
<u>Chapitre 3 : Le tabac, usages, abus et dépendance.....</u>	<u>18</u>
1. Définition.....	18
2. Le tabac et les jeunes.....	18
3. Le tabac et son impact sur l'adolescent et son développement.....	20
4. Le tabac en psychiatrie.....	21
<u>B. Contextualisation et méthodes.....</u>	<u>22</u>
<u>Chapitre 1 : Cadre de l'étude.....</u>	<u>22</u>
1. Introduction générale.....	22
2. Projet pédagogique.....	24
3. Projet de soins.....	25
4. Modalité de prise en charge.....	25
5. Concertation pluridisciplinaire.....	26
6. Travail de réseau.....	27
<u>Chapitre 2 : Méthodologie de recherche.....</u>	<u>28</u>
1. Introduction générale.....	28

2. Résultats attendus.....	29
3. Procédure de collecte de données.....	29
<u>Chapitre 3 : Population de référence.....</u>	<u>31</u>
1. Âge et sex-ratio.....	31
2. Provenance géographique.....	31
3. Lieu de vie.....	32
4. Intervenant extra-muros.....	32
5. Situation scolaire.....	32
6. Traitements psychotropes.....	33
7. Diagnostics.....	33
8. Considération éthique et administrative.....	34
<u>C. Rapport d'activités en Community Mental Health.....</u>	<u>35</u>
1. Introduction.....	35
2. Les moments formels.....	35
3. les moments informels.....	37
4. Le travail de concertation pluridisciplinaire.....	38
<u>D. Résultats.....</u>	<u>39</u>
1. Quel est le contexte social de la consommation du tabac chez les adolescents en milieu psychiatrique ?.....	39
2. Quelle est l'ampleur de la problématique du tabac dans l'institution ?.....	45
3. La cigarette est-elle un facteur de cohésion sociale pour le jeune adolescent ?.....	51
4. Est-ce que le processus de réhabilitation sociale influence la consommation en tabac ?.....	54
5. Comment les adolescents contournent-ils les différentes interdictions associées à leur consommation ?.....	55
<u>E. Discussion et limites.....</u>	<u>60</u>
<u>F. Conclusion et perspectives.....</u>	<u>62</u>

Bibliographie

Annexe

Liste des abréviations :

ASBL	Association Sans But Lucratif
CPLT	Centre de Prévention et de Lutte contre la Toxicomanie
CSDH	Commission on Social Determinant of Health
DPI	Dossier Patient Informatiser
EC	European Union
ENM	Évaluation Numérique Motivationnelle
FARES	Fonds des Affections Respiratoires
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
INPES	Institut National de prévention et d'éducation pour la santé
ISERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ISP	Institut scientifique de Santé Publique
ISQ	Institut de la Statistique Québec
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PGT	Psychiatrie et Gestion Tabagisme
RFBHST	Réseau Francophone Belge des Hôpitaux Sans Tabac
SPF	Service Public Fédéral
TFK	Tobacco-Free Kids
WHO	World Health Organization

Introduction générale :

La consommation de tabac sous toutes ses formes est néfaste pour la santé (OMS, 2006). Selon l'OMS, environ 6 millions de personnes décèdent chaque année à la suite de leur consommation (OMS, 2016) et ce chiffre pourrait atteindre 8 millions par an d'ici 2030 (OMS, 2014). Paradoxalement, le tabagisme est considéré comme la cause de décès la plus évitable dans le monde (OMS, 2018).

À l'échelle mondiale, le tabac serait responsable de 80% des décès par cancer du poumon chez l'homme et près de 50% chez la femme. La morbidité du tabac est directement liée à la prévalence tabagique et à l'exposition au tabagisme passif. En outre, un fumeur sur deux ayant consommé toute sa vie finira emporté par une maladie induite par le tabagisme (Sherman CB., 1991).

Dans les pays développés, le tabagisme est un important facteur d'inégalités sociales relatif à la santé. Inéquitablement répartie dans la population, cette pratique touche les classes moins avantagées de notre société (chômeurs, sans domicile fixe, les individus souffrants de maladies mentales, familles monoparentales...) de manière plus importante (WHO, 2015).

En Europe, les estimations indiquent que 16% des décès chez l'adulte de plus de 30 ans seraient attribués au tabac (U.S Department of health and Human Services, 2014). La prévalence du tabac a atteint un plafond en 2006 pour toucher 32% de la population pour ensuite progressivement diminuer et se stabiliser à 26% en 2014 (E.C., 2017), en Europe. La dépendance au tabac est insidieuse et s'installe bien souvent avant la majorité. De fait, 52% des fumeurs déclarent avoir adopté leurs habitudes de consommation avant 18 ans (E.C., 2017).

En Belgique, 31% des décès chez l'homme seraient associés au tabac, ainsi que 8% des décès chez la femme (Rolke HB., et al., 2009). L'âge de la première cigarette est approximativement 16 ans, mais un consommateur sur quatre est déjà un fumeur régulier dès cet âge (Gisle L., 2013). De plus, les individus qui fument avant l'âge de 18 ans sont plus à même de devenir des fumeurs quotidiens ou dépendants à la nicotine que ceux qui ont contracté des habitudes de consommation déjà adulte (Chassin et coll., 1990).

Présentation de la problématique :

Le tabac impacte négativement la qualité de vie, il réduit l'espérance de vie de ses consommateurs et il est vecteur de maladies chroniques graves. Dès lors, il est fondamental de sensibiliser les générations actuelles et futures contre les conséquences sanitaires, sociales, environnementales et économiques que représente le tabagisme (OMS, 2019). Les mesures antitabac fondées sur les données factuelles visent alors l'ensemble de la population. Pour que celle-ci ait un impact maximum il est indispensable de prendre en considération les besoins et les spécificités des populations particulières. Il importe alors de tenir compte des caractéristiques de groupes spécifiques pouvant les inciter à commencer et à continuer de consommer du tabac. De la même manière, il est nécessaire de mettre en évidence les interventions propres à chaque groupe qui seraient susceptibles de faciliter le sevrage (OMS, 2019).

Il demeure alors important d'enquêter et d'évaluer le profil de consommation de jeunes adolescents afin d'y déceler les éléments spécifiques qui participent à la cristallisation des habitudes de consommation, mais aussi l'information nécessaire à la personnalisation des interventions au regard du public spécifique observé (OMS, 2019). Puisque l'usage du tabac commence pour la plupart du temps avant l'âge de 18 ans (Gisle L., 2013) il nous semble alors essentiel d'intervenir auprès de cette population dite vulnérable. En effet, le tabagisme est une problématique très sensible chez les jeunes, ceux-ci sous-estiment souvent les risques du tabac pour leur santé notamment au vis-à-vis de la notion de dépendance. Il est important de prendre en considération qu'au plus tôt la consommation de tabac se manifeste au plus le risque de devenir consommateur régulier est grand et au moins les adolescents sont susceptibles de renoncer au tabac (OMS, 2019). Ainsi la question de la prévention antitabac chez les jeunes est essentielle, car si elles sont menées avec succès les actions de préventions et de réductions du tabagisme chez les jeunes auront des effets bénéfiques considérables sur la morbidité et la mortalité du tabagisme sur le long terme (OMS, 2006).

D'autre part, le tabagisme touche plus gravement les strates les moins favorisées de notre société notamment les individus atteints de troubles mentaux. En effet, nous observons parmi les personnes atteintes de troubles psychiatriques un nombre bien plus important de consommateurs que dans la population générale (FARES, 2017). Malgré cela, peu d'institutions de soins développent une réelle politique antitabac pour des raisons strictement sanitaires, ce qui souligne l'ampleur de la problématique qui paradoxalement ne rencontre pas une implication suffisante dans les stratégies de préventions (Bouvet C. et al., 2005). Le tabagisme dans les milieux psychiatriques reste malgré tout un phénomène très développé qui

reste actuellement béant malgré une législation et des stratégies d'actions et d'information prônant la lutte antitabac à tous les niveaux d'organisation (Bouvet C., 2007).

Pour ces raisons nous nous sommes rendus en institution de soins spécialisée dans la prise en charge d'adolescents atteints de troubles psychiatriques dans le cadre du stage agréé de l'option Community Mental Health de deuxième Master en Santé publique. Nous avons sélectionné pour ce faire un centre psychothérapeutique de jour de la zone Bruxelles-Capital, comme terrain d'observation et d'évaluation des spécificités de cette strate sociale doublement vulnérable que sont les adolescents atteints de troubles psychiatriques. Pour cause, notre choix s'est porté sur cette institution, car celle-ci propose une prise en charge communautaire ainsi qu'un dispositif de réhabilitation psychosociale centré sur la problématique du décrochage scolaire. Malgré cela, l'institution n'intègre pas dans son plan de soins un dispositif de prise en charge systématique de prévention et de lutte contre le tabac.

C'est dans ce contexte précis que nous tenterons de collecter des données et de mettre en évidence les facteurs individuels, sociaux, environnementaux et politiques qui participent à la pérennisation des habitudes de consommations toxiques comme celle du tabac. Afin de mieux entrevoir le vécu des adolescents concernés et d'amorcer une réflexion quant à la pertinence et aux possibilités de la mise en place d'un dispositif de prévention systématique de lutte contre le tabac

Question de recherche :

1. Quel est le contexte social de la consommation du tabac chez les adolescents en milieu psychiatrique ?
2. Quelle est l'ampleur de la problématique du tabac dans l'institution ?
3. La cigarette est-elle un facteur de cohésion sociale pour le jeune adolescent ?
4. Est-ce que le processus de réhabilitation sociale influence la consommation de tabac ?
5. Comment les adolescents contournent-ils les différentes interdictions associées à leur consommation ?

Objectifs de l'étude :

L'objectif de cette recherche est de porter un regard critique et de mettre en évidence les déterminants sociaux constitutifs de la consommation de tabac en milieu psychiatrique dans un contexte de prise en charge communautaire et de réhabilitation psychosociale. Pour ce faire, nous tenterons de dresser le bilan de la problématique du tabac ainsi que sonder le contexte social autour de la consommation de tabac auprès des adolescents de 12 à 18 ans pris en charge au centre.

Aussi nous questionnons les conséquences du dispositif de communauté thérapeutique et de réhabilitation psychosociale présent dans l'institution sur la consommation du tabac. En effet, le tabac étant une pratique sociale, nous explorons les spécificités des habitudes de vies partagées au sein du groupe de patients et le degré d'affiliations des adolescents à ces pratiques.

Nous entreprenons alors un large processus de collecte de donnée utilisant les données formelles issues du dossier patient (informatisées et non informatisées), des échelles d'évaluation (Fagerstrom et Évaluation Numérique Motivationnelle) et les entretiens individuels menés chez chaque adolescent pris en charge dans le centre concerné par notre problématique. Nous utiliserons le modèle socioécologique (cf. Annexe A1) afin de déconstruire les déterminants individuels et environnementaux des comportements de santé. Ce modèle assume que la santé de chaque individu et son bien-être sont influencés par des caractéristiques environnementales et personnelles. L'aspect environnemental consiste alors en un ensemble de dimensions physiques et sociales, alors que l'aspect individuel inclut des caractéristiques psychologiques, des *patterns* comportementaux et des traits génétiques (INPES, 2013).

Cette démarche a pour objectif de fournir des éléments de compréhension pertinents afin d'amorcer une réflexion sur les dispositifs de prévention envisageables dans l'institution. Elle fera alors office de prise de contact avec le terrain afin d'évaluer la pertinence d'une stratégie de prévention systématique dans l'institution. Pour ce faire, nous utiliserons les techniques d'entretien motivationnel (cf. Annexe A2) afin de situer les adolescents dans leur processus de changement de comportements et les confronter à leurs propres ambivalences. Ainsi que le modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente (cf. Annexe A3) afin d'orienter notre questionnement sur les interventions possibles, afin d'intervenir favorablement dans la problématique du tabac au sein de l'institution ciblée.

A. Cadres Théoriques.

Chapitre 1 : L'adolescence, l'âge du changement.

1. Définitions :

Le terme adolescence trouve ses origines du latin ; *adolencia*, d'*ad-olescere* qui signifie « grandir », « croître ». Du point de vue conceptuel, l'adolescence est la période de temps qui sépare l'enfance et l'âge adulte. En pratique, l'adolescence est l'âge du changement, ou la croissance se fait plus visible (Cannard C., 2015).

L'adolescence est un concept difficile à définir, par les questions sociales qu'il suscite et aussi par les différentes considérations culturelles qui peuvent prolonger ce concept dans le temps ou tout simplement le rendre inexistant (Cannard C., 2015). En effets, si les prémices prennent biologiquement racine dans la puberté, la délimitation avec l'âge adulte est toujours aussi imprécise. Ainsi, les critères de début et de fin d'adolescence sont variables et donneront des définitions multiples et différentes selon les dimensions choisies. De fait les indicateurs de « sorties de l'adolescence » sont essentiellement sociologiques (autonomie financière, entrée dans la vie professionnelle, vie de couple, etc...) et donc propres à chaque culture (OMS, 2019).

D'un point de vue plus formel, l'OMS définit l'adolescence comme une « *période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente ainsi une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements qui ne sont supérieurs que pendant la petite enfance. Les processus biologiques conditionnent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement, l'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence.* » (OMS, 2019).

Les déterminants biologiques de l'adolescence apparaissent comme universels, cependant la durée dans le temps et les caractéristiques de ce processus peuvent varier selon les cultures et les contextes socio-économiques (OMS, 2019). De plus, notre société occidentale a vu apparaître de nombreuses modifications du concept d'adolescence au cours du siècle dernier, essentiellement avec l'apparition plus précoce de la puberté, l'âge plus tardif du mariage, l'urbanisation, les outils de communication à échelle mondiale et l'évolution des attitudes et comportements sexuels (OMS, 2019). L'adolescence est en essence une préparation à l'âge adulte. En dehors de la maturation physique et sexuelle, elle permet l'acquisition de l'indépendance sociale et économique, du développement de l'identité et du développement de connaissances et compétences nécessaires à l'émancipation. De ce fait, l'adolescence est

une période où les chances d'adopter des comportements à risque sont nombreuses et où le contexte social peut avoir des influences déterminantes (OMS, 2019).

« L'adolescence est l'âge de toutes les vulnérabilités. » - Françoise Dolto (2003)

2. La santé et le bien-être des adolescents :

Les données recueillies ces dernières décennies nous indiquent que des déterminants sociaux désavantageux sont directement associés à des risques sanitaires (Acheson D., 2015). De ce fait, la problématique d'inégalités de santé est maintenant intégrée à nos réglementations en matière de santé publique. L'OMS assure que la vaste majorité des inégalités de santé sont évitables (CSDH, 2008), mais ces inégalités influencent négativement malgré tout la santé de jeunes adolescents partout dans le monde et notamment en Europe (WHO, 2016).

De manière générale, les adolescents vivant en Europe profitent d'une bonne santé et d'un développement favorable jusqu'à présent inégalé, mais ne parviennent pas encore à atteindre leur plein potentiel en matière de santé (WHO, 2016). Ce résultat est causé essentiellement par des facteurs sociaux, économiques et a provoqué une grande variation du capital santé des adolescents.

Il s'avère que les expériences de santé durant l'adolescence se font sur une période courte, mais entraînent des implications à long terme pour l'individu et la société (WHO, 2016). L'adolescence est une période critique qui fixe les comportements de l'adulte en devenir et les relations qu'il va entretenir avec le tabac, l'alcool, son régime alimentaire et les activités physiques. Les inégalités de santé à l'âge adulte sont en partie déterminées par la qualité de vie durant l'adolescence (Graham H., Power C., 2015). De plus, les adolescents sont régulièrement négligés comme population à part entière du point de vue statistique, régulièrement associé aux enfants ou aux jeunes adultes. En conséquence, moins d'attention a été portée aux inégalités liées aux statuts socioéconomiques ; l'âge, le genre au sein de ce groupe (WHO, 2016).

La différence d'âge est un des facteurs d'influences clés, car les choix individuels en matière de santé changent au cours de l'adolescence. Les inégalités de santé apparaissent ou s'accroissent au cours des années et se traduisent par une continuité de problèmes de santé qui peuvent aboutir à d'autres inégalités à l'âge adulte (Brener ND. et coll., 2007). Ces notions ont d'importantes implications dans la temporalité particulière des interventions de santé. Elles renforcent l'idée selon laquelle les investissements dans la santé des jeunes doivent être maintenus afin de consolider les réalisations issues des interventions mises en place durant la petite enfance (UNICEF, 2011). Il s'agit d'un aspect vital dans leur développement, mais

aussi essentiel dans l'idée de maximiser les retours sur investissement des programmes de santé, se concentrant de manière plus spécifique sur les premières années de vie afin de réduire le coût économique des problématiques de santé sur le long terme (WHO, 2016).

D'autre part, les inégalités issues du genre ont persisté et se sont modifiées au cours des années. Les garçons présentent davantage de formes externalisées et expressives de leurs comportements de santé, comme la consommation d'alcool ou les comportements violents. Les filles ont tendance à gérer les problématiques de santé de manière plus émotionnelle ou internalisée, souvent associée à des symptômes psychosomatiques ou à des problématiques de santé mentale (Hurrelmann K, Richter M., 2006). La différence de sexe entraîne pour certains comportements de santé, comme les stratégies de contrôles de poids (Ojala K. et coll., 2007) et les plaintes psychosomatiques (Haugland S. et coll., 2001), un différentiel du capital santé pouvant poursuivre les individus durant l'âge adulte, indiquant que cette période est cruciale pour le développement. Ainsi, cibler la santé des adolescents selon la perspective du genre a un potentiel considérable de diminuer les inégalités de santé à l'âge adulte (WHO, 2016). Il est important de noter que cette inégalité varie considérablement selon les pays, ce qui souligne la nécessité d'incorporer un facteur socioculturel dans l'étude des inégalités de santé issue du genre parmi les adolescents (Torsheim T. et coll., 2006).

Les variations de statut économique sont elles aussi d'importants prédicteurs dans la santé des jeunes. De manière générale, le facteur restreignant le plus les opportunités des familles à adopter des comportements de santé sains, comme la consommation de fruits et de légumes ou la participation à des activités sportives payantes est le coût de ces comportements (Richter M. et coll., 2009). Les jeunes issus de familles défavorisées sont moins susceptibles d'avoir un accès adéquat aux ressources de santé et sont plus susceptibles d'être exposés à des stress d'origine psychosociale. Il est important de noter que la distribution des ressources est aussi un facteur d'influence significatif dans la santé des jeunes. En général, les jeunes issus des pays et régions présentant de grandes différences dans la distribution de richesses sont plus vulnérables à finalité de santé négative, et ce, de manière indépendante du niveau de revenus de leurs propres familles (Elgar FJ., 2015). Ces considérations mettent en évidence l'importance d'un contexte social plus large et de l'effet, positif et négatif, qu'il peut avoir sur la santé des jeunes (WHO, 2016).

Finalement, il est important de ne pas sous-estimer l'importance des relations directement incluses dans le contexte social des jeunes et de comment leurs familles, pairs et écoles peuvent fournir un environnement soutenant pour un développement sain. Il apparaît que les finalités de santé ne sont pas uniquement influencées par l'âge, le genre et le statut socio-

économique, mais aussi par des circonstances sociales dans lesquelles chaque adolescent évolue (WHO, 2016).

3. Les teenagers en psychiatrie

Selon l'OMS l'adolescence est un terrain propice au développement de nombreux troubles mentaux. À l'échelle mondiale, on estime que 20% d'adolescents présentent une problématique de santé mentale invalidante dans le sens où elle compromet gravement l'apprentissage et le développement (OMS, 2001). Ces problématiques de santé mentale sont plus susceptibles de se développer en fin d'enfance ou en début d'adolescence. De nombreuses études ont mis en évidence que les problèmes de santé mentale, en particulier la dépression, sont la cause principale de morbidité chez les adolescents (OMS, 2019). En effet une mauvaise santé mentale est susceptible d'avoir des effets importants sur la santé générale et le développement des adolescents. Elle est aussi associée à de graves conséquences sanitaires et sociales notamment dans la consommation majorée d'alcool de tabac, de substances illicites, de décrochage scolaire et de comportement délinquant (OMS, 2019).

En Europe, un adolescent sur quatre souffre d'au moins un trouble psychiatrique à un moment dans sa vie (Coppens E. et al., 2015). Les troubles les plus courants sont : les troubles anxieux (31,9%), les troubles du comportement (19,1%), les troubles de l'humeur (14,3%) et les troubles liés à la consommation de substances (11,4%) (Kessler DA., et coll. 2007).

Chapitre 2 : Le contexte social des adolescents

1. Définitions

Le contexte social ou aussi appelé environnement social est l'espace « *dans lequel les individus et les collectivités évoluent et influencent leur santé physique, mentale et psychosociale. Les expériences vécues au sein d'une famille, au travail, avec les amis et dans la communauté contribuent au développement global des individus* » (ISQ, 2015).

Le contexte social peut offrir des mécanismes protecteurs et des ressources qui peuvent, dans le contexte des jeunes adolescents, compenser l'influence de certains déterminants structurels inégaux en matière de santé. Le contexte social peut alors prévenir l'influence négative d'inégalités comme la pauvreté ou la privation (Scales P., 1999). Il est alors nécessaire de comprendre le fonctionnement des environnements sociaux qui peuvent être à la fois protecteurs et facteurs de risques, afin de supporter l'effort consacré à la lutte contre les inégalités sociales (WHO, 2016).

2. Réseau social et communauté :

Les jeunes sont capables d'accumuler des facteurs protectifs issus de leur environnement social, augmentant leur capacité d'adaptation, et ce même dans des circonstances de vies plus pauvres (OMS, 2008). Plusieurs études mettent en évidence différents facteurs associés à l'environnement social qui sont susceptibles de créer des opportunités d'amélioration de la santé des adolescents (WHO, 2016).

Le cercle familial semble alors être un des aspects sociaux essentiels dans le développement de l'adolescent. En effet, la communication avec les parents est un facteur clé dans l'établissement de la famille comme facteur protecteur. Le soutien familial équipe les adolescents afin de gérer les situations de stress, les protégeant des conséquences des influences négatives (Waylen A., et coll. 2008). Les adolescents qui signalent une communication aisée avec leurs parents sont plus susceptibles d'expérimenter des finalités de santé saine et positive (Moreno C. et coll., 2009). Aussi l'accumulation de "support" issu des parents, de la fratrie et des pairs est prédictive de santé positive : au plus grand le nombre de sources de soutien, au plus l'adolescent sera susceptible d'être en bonne santé (Molcho M. et coll. 2007). Ces observations suggèrent que tout professionnel travaillant dans un contexte de soins prenant en charge des adolescents ne doit pas seulement engager les problématiques de soins directement sur le patient, mais plutôt considérer une approche familiale et leur influence à soutenir le développement de comportement favorable à la santé (WHO, 2016).

L'environnement scolaire est lui aussi un contexte crucial pour le développement de l'estime de soi, de l'autoperception et des comportements de santé. Il apparaît que les adolescents qui perçoivent leur établissement scolaire comme source de soutien sont plus susceptibles de développer des comportements de santé positifs et d'être en meilleure santé, comme la faible prévalence de consommation du tabac par exemple (Rasmussen M., 2005). Cette association laisse suggérer que l'établissement scolaire joue un rôle essentiel dans le soutien apporté à la santé des jeunes et minimise l'impact des conséquences de comportements de santé négatifs (WHO, 2016).

Le voisinage semble également avoir un impact sur le comportement de santé des adolescents. Les voisinages qui engendrent un haut niveau de capital social entraînent une meilleure santé mentale, plus de comportements de promotion de santé, moins de comportements à risque, une meilleure perception générale de sa santé et plus d'opportunités d'activités physiques (Boyce WF., 2008). Aux vues des bénéfices soutenus par le lieu de vie, il semble alors essentiel de coconstruire des environnements favorables à la santé qui offrent du capital social à ses habitants afin de diminuer l'impact des inégalités de santé (WHO, 2016).

3. Le Capital social :

Le capital social est l'ensemble des ressources auxquelles des individus et des groupes accèdent à travers leurs réseaux sociaux. L'individu est alors capable de faire appel aux personnes qui constituent son réseau au travers 3 différents types de liens :

- Le *bonding social capital* : qui représente le lien avec nos pairs et les personnes qui nous ressemblent
- Le *bridging social capital* : qui représente le lien vers d'autres groupes socio-économique et démographique
- Le *linking social capital* : qui représente liens avec les institutions et organisations.

Ces différents types de liens permettent à l'individu d'avoir accès aux ressources disposées par son réseau, autrement dit le « ressources generator », qui peut alors garantir l'accès à des ressources matérielles, des conseils ou des ressources informationnelles, des compétences spécifiques ou bien encore des compétences en résolution de problème (Moore S., Kawachi I., 2017). Ces réseaux peuvent alors avoir des effets positifs et négatifs sur la santé et les comportements de santé, notamment dans la problématique de tabagisme chez les adolescents. Au travers 3 groupes de mécanismes : la contagion, le support social et l'influence (ou l'effet de pairs). En effet on observe que de hauts niveaux de capital social sont associés à une diminution des risques de consommation quotidienne (Pfortner T-K. et

coll. 2015). Il apparaît que le capital associé aux relations interpersonnelles avec d'autres consommateurs et la fréquentation des institutions scolaires sont associés à de plus grands risques de consommation quotidienne de tabac (McVicar D., 2011). Le facteur protecteur par excellence contre la consommation quotidienne de tabac serait lié à la dimension scolaire incluant la confiance générale dans le dispositif scolaire et le capital social engendré par les professeurs (Pfortner T-K. et coll. 2015). Ainsi reconnecter les adolescents au milieu scolaire semble présenter des avantages et des inconvénients. En effet, non seulement cela permettrait à l'adolescent de capitaliser des acquis et de lui ouvrir des opportunités d'avenir, mais aussi construire du capital social inhérent au milieu scolaire s'avère être protectif en matière de santé. D'autres parts l'adolescent est susceptible de contracter du capital social qui encourage la consommation quotidienne du tabac. Aux vues des bénéfices et des freins soutenus par le dispositif de réhabilitation sociale, il semble alors nécessaire de soutenir l'adolescent dans son investissement dans le dispositif scolaire présent dans l'institution et d'être attentif à toutes collusions qui pourraient amplifier la problématique du tabac dans l'institution.

4. L'Effet de pairs :

Au fur et à mesure du processus d'émancipation spécifique à l'adolescence, un rapprochement se produit avec ses pairs afin de satisfaire ses besoins en conseil, soutien et intimité (Lewis M., 2002). Il apparaît que durant une année scolaire standard un adolescent partage près d'un tiers du temps d'éveil total en compagnie de ses pairs contre seulement 8% avec des adultes (Csikszentmihalyi M., 1997). Lorsqu'on les interroge, les adolescents placent en première position l'occupation « discuter avec ses amis » comme étant la plus pourvoyeuse de bonheur. Il apparaît alors que ce besoin ressenti de moment de partage privilégié est induit par un besoin intense de reconnaissance, de comparaison et d'expérimentation quant au développement du « soi ». (Lewis M., 2002)

En effets, les études suggèrent que le développement de relations positives et personnelles avec les pairs est un aspect crucial dans la maturation des compétences sociales indispensables, dans la formation d'une identité complexe, la construction d'une estime de soi et dans l'accès à l'autonomie (WHO, 2016). L'HBSC a mis en évidence l'influence bénéfique sur la santé des adolescents des relations de qualité avec ses pairs. Les adolescents qui s'impliquent dans des réseaux sociaux non numériques sont identifiés comme ayant une meilleure santé perçue, un meilleur sentiment de bien-être et intègrent davantage de comportements de santé sains. Les pairs sont alors des alliés de valeurs dans le contexte social ce qui contribue à la bonne santé des jeunes et de leur bien-être, mais peuvent aussi être une

influence négative dans la transmission de comportement à risques comme la consommation de tabac et d'alcool (WHO, 2016).

Ainsi dans les relations interpersonnelles des adolescents, l'influence des pairs peut avoir des effets positifs et négatifs. Les aspects positifs sont généralement associés à l'inclusion sociale et à la réussite académique, alors que l'influence négative tend vers la délinquance et l'abus de substances comme le tabac. Ces influences ne sont pas systématiquement coercitives ou conformistes, mais participent néanmoins à émuler l'admiration et l'intérêt essentiel à la consolidation d'une relation amicale (Steinberg L., Morris AS., 2001).

Ainsi le processus d'influence est double et se traduit tout d'abord par la création d'une demande de conformité par le groupe qui induit une pression normative. Ensuite des liens forts entre les pairs peuvent provoquer des processus d'exclusions des *outsiders* et des processus d'inclusions d'autres pairs ayant des habitudes de consommations similaires. Ces deux processus sont à prendre en compte, car ils sont interactifs et pertinents dans le contexte d'adolescent fumeurs (Portes A., 1990).

La relation entretenue entre adolescents ne semble pas être le seul facteur décisif. En effets, la relation vécue avec les parents semble aussi être un facteur d'influence important dans la relation avec les pairs. Un système d'éducation autoritaire semble amoindrir les effets négatifs de l'effet de pairs, à contrario des adolescents issus de familles moins cohésives seraient plus influencés par les pairs que par les parents. Il est important de noter que la tendance à se nourrir de l'expérience des pairs plutôt que de celle des parents peut être un facteur de risque important dans un large éventail de problématiques de troubles du comportement. Notamment si l'adolescent a des aspirations académiques faibles, s'il présente un système de valeurs différentes que celui de ses parents ou s'il est associé à des pairs présentant des comportements toxiques et délinquants (Steinberg L., Morris AS., 2001).

Dans cette idée il nous semble alors essentiel de mettre en évidence les mécanismes d'influence des pairs dans la problématique du tabac. Afin de plébisciter ceux qui impactent positivement la santé des jeunes dans la communauté thérapeutique, mais aussi de confiner ceux qui participent négativement aux habitudes de consommations des jeunes adolescents. D'autre part ces informations nous confortent dans la nécessité de l'implication des parents dans un processus de réflexions quant aux habitudes de consommations des jeunes. En effet dans la mesure où les parents semblent jouer un facteur protecteur, il nous semble indispensable de les mobiliser dans la question de la problématisation des habitudes de consommation du tabac de leurs enfants.

Chapitre 3 : Le tabac, usage, abus et dépendance.

1. Définitions :

L'OMS définit le tabagisme comme : « *l'usage de l'ensemble des produits fabriqué partiellement ou totalement à partir des feuilles de tabac et qui sont destinés à être fumés, sucés, chiqués ou prisés. Ils contiennent tous de la nicotine, un agent psychotrope qui entraîne une forte dépendance* » (OMS, 2019).

Le corpus conceptuel du tabac peut être divisé en plusieurs pratiques selon une multitude de facteurs, mais la communauté scientifique (Reynaud M., 2000) s'accorde à classifier ces pratiques en trois catégories distinctes :

- L'usage récréatif : « *une consommation de substance psychoactive qui n'entraîne pas complications pour la santé ni troubles du comportement ayant des conséquences néfastes sur soi-même ou les autres.* »
- L'abus ou usage abusif : « *est une consommation susceptible de provoquer des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur et pour son environnement proche ou lointain.* »
- La dépendance : « *brutale sous progressives selon les produits, la dépendance est installée quand on ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques ou psychologiques.* »

2. Le tabac et les jeunes :

La consommation du tabac par des mineurs n'est pas marginale Belgique. En effet en 2013 on compte 22% de fumeurs parmi les 15 – 24 (21% garçons et 23% filles), alors que 17% d'entre eux sont des fumeurs quotidiens. En regard des résultats extérieurs de 2008, on observe une nette diminution de la prévalence du tabagisme et du tabagisme quotidien parmi les jeunes hommes alors qu'il est en augmentation chez les jeunes femmes. De fait, depuis 2013 les jeunes filles sont plus nombreuses que les jeunes hommes à consommer du tabac, mais aussi à le consommer quotidiennement, ce qui n'avait jamais été le cas auparavant (ISP, 2013).

Il est essentiel de prendre en considération que la précocité de la consommation représente un des facteurs de risques les plus significatifs et les plus puissants en matière de prédiction d'une future consommation abusive ou dépendante. Ainsi une consommation régulière à l'adolescence doit être considérée comme une consommation à risque (Raynauld M., 2005).

Alors qu'il existe des similitudes et des différences entre le mode de consommation des adolescents et des adultes. Les jeunes essentiellement au stade de l'expérimentation fument

moins quotidiennement ou de manière moins régulière. L'objectif varie quelque peu dans l'idée où les jeunes fument pour le bénéfice pharmacologique immédiat ressenti ou éventuellement pour maîtriser leurs poids (Boles SM., Johnson PB., 2001). Les symptômes de sevrage sont cependant similaires aux adultes et interfèrent avec l'intention d'arrêter de fumer. De plus les performances cognitives se détériorent durant les périodes d'abstinence (Pbert L. et coll., 2003). Ce qui dans notre contexte peut être l'explication de l'absence de stratégies de lutte contre le tabac dans notre institution. En effet si l'intérêt de la prise en charge du centre se base sur l'investissement dans le dispositif scolaire proposé par l'institution celui-ci a peu d'intérêt de multiplier les périodes d'abstinence ou les performances des adolescents seraient mises à mal.

Alors que le niveau d'éducation influence le comportement tabagique ; en faveur de la classe la plus éduquée. Les fumeurs et les consommateurs quotidiens sont proportionnellement moins nombreux dans les milieux ayant l'accès à l'enseignement supérieur (16% de fumeurs et 12% de consommateurs quotidiens) à l'instar des milieux moins scolarisés (20-30% de fumeurs et 18-26% de consommateur quotidien). L'existence d'un clivage socio-éducatif visible se reproduit chez les 15-24 ans. La prévalence du tabac dans les ménages diplômés de l'enseignement supérieur est significativement plus basse que les groupes moins scolarisés (ISP, 2013).

D'autre part les adolescents ne perçoivent pas de manière optimale les risques associés à la consommation du tabac, ils n'ont pas toujours conscience du rôle prépondérant que joue la dépendance dans un processus de sevrage (Prokhorov AV., 2001). Il est indispensable de conserver à l'esprit l'inefficacité des programmes de sevrages spécifiques aux adolescents. Il n'y a pas d'évidences solides qui permettent d'affirmer qu'une quelconque stratégie soit particulièrement efficace dans l'objectif d'aider les jeunes à arrêter de fumer. Malgré le fait qu'il existe des preuves limitées qui témoignent de l'efficacité du soutien comportemental ou des voies médicamenteuses pour le sevrage tabagique qui augmenteraient à long terme la proportion d'adolescents non-fumeurs (Fanshawe Tr., et coll. 2017).

Ces informations nous poussent à nous positionner dans la nécessité de créer à la fois des environnements favorables à la santé et des environnements favorables à l'éducation. En effet la difficulté dans notre contexte est de garantir la santé des jeunes et leurs capacités à s'investir dans les dispositifs scolaires proposés par notre institution cible. Pour cela il nous paraît essentiel d'intervenir de manière préventive avant que les habitudes de consommations apparaissent, se cristallisent, se chronicisent et qu'elles interfèrent déjà avec la qualité de vie des adolescents pris en charge.

3. Le tabac et son impact sur l'adolescent et son développement

Dès l'adolescence le tabac impacte la qualité de vie et entraîne des complications physiologiques. Même si les principales complications liées à la consommation du tabac apparaissent chez l'adulte après plusieurs années voire décennies de consommation, elles trouvent racines dans le fondement du développement de la dépendance au tabac au cours de la période juvénile et tout particulièrement durant l'adolescence (ExpoTab, 2003).

En effet la complication principale de la consommation juvénile du tabac est l'installation de la dépendance à la nicotine. L'absorption répétée de la nicotine entraîne, en raison de ses propriétés biologiques, l'installation de deux mécanismes : la dépendance psychique liée aux effets psychoactifs de la nicotine et la dépendance physique qui est directement liée à la présence de nicotine dans le système (INSERM, 2003). Malheureusement, il existe peu de données sur la dépendance tabagique des jeunes, et ce malgré l'importance de mesures, comme la prévalence et le degré de dépendance, dans l'anticipation des besoins et dans l'organisation des stratégies de sevrages du tabac chez l'adolescent (Farrell T. et coll., 2011).

Le tabagisme n'est pas simplement le début de la chaîne d'événements aboutissant à la dépendance et aux maladies chroniques associées au tabac, il est aussi le terrain fertile favorisant l'apparition problématique sanitaire précoce qui est susceptible de se manifester au cours de développement de l'adolescent (INSERM, 2004). Le tabac est responsable d'obstruction des voies respiratoires, de la réduction des fonctions pulmonaires et du ralentissement de la croissance des fonctions pulmonaires chez l'adolescent. Au niveau de la fonction cardiaque, la fréquence cardiaque au repos chez les jeunes fumeurs est légèrement plus rapide que les non-fumeurs, aussi il apparaît que les jeunes fumeurs sont susceptibles de présenter des signes précoces de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral (TFK, 2008).

Dans cette idée il nous semble essentiel d'enquêter auprès de notre public cible sur l'ampleur de la problématique du tabac que ce soit vis-à-vis de leurs degrés de dépendance et de la prévalence du tabac dans l'institution, mais aussi des complications physiologiques potentiellement présentes dans le contexte précoce des adolescents concernés.

4. Le tabac en psychiatrie

On relève dans la population psychiatrique une proportion bien plus importante de fumeurs que dans la population générale. Il est clairement admis que la prévalence du tabagisme est beaucoup plus forte parmi les individus atteints de troubles psychiatriques (Lasser K. et al 2000). Les liens de causalité entre les deux phénomènes semblent complexes et bilatéraux. On observe que la prévalence la consommation du tabac parmi les individus atteints de troubles psychiatriques varie de 35 à 68% de fumeurs actifs et semble même atteindre 90% pour les conduites tabagiques sur « la vie entière ». Les pathologies psychiatriques qui présentent la plus haute prévalence de consommation sont la bipolarité, la psychose et l'anxiété généralisée (FARES, 2015).

La consommation du tabac dans certaines situations peut être particulièrement impressionnante notamment auprès des patients atteints de schizophrénie, bien que ceux-ci ne semblent pas présenter d'exacerbation de leurs symptômes lors d'un sevrage (Manzella F. 2015). La prévalence du tabagisme est clairement augmentée parmi les patients atteints de trouble bipolaire ce qui a une influence directe sur la morbidité physique bien plus importante en lien avec les pathologies secondaires du tabac (FARES, 2015). Ainsi la qualité de vie se voit diminuée chez les patients associant tabagisme et bipolarité notamment au niveau des habitudes du sommeil. D'autre part le tabac semble être un facteur d'influences dans le passage à l'acte suicidaire (FARES, 2015).

Le tabagisme est considéré comme une automédication, par l'intervention de plusieurs phénomènes pharmacologiques qui interfèrent avec la médication sans qu'il n'y ait à l'heure actuelle d'explication univoque (FARES, 2015). D'autre part il ne fait plus aucun doute que la consommation de tabac est une assuétude, même si certains n'estiment pas que la consommation régulière de tabac est une affection psychiatrique à part entière telle qu'il est cas pour d'autres assuétudes comme l'alcool par exemple. Le tabac est alors associé au concept de comorbidité, surtout pour les patients atteints de troubles psychiatriques (FARES, 2017).

Malgré ce constat assez interpellant on observe que la question du tabagisme au sein des institutions psychiatriques est reléguée comme une préoccupation d'arrière-plan voir même totalement évacuée. De fait, même si les publications d'études se multiplient et que la législation du tabac est en nette évolution depuis une dizaine d'années, force est de constater que les esprits s'ouvrent avec frilosité à un questionnement en profondeur du tabagisme des patients et de l'intégration de cette dimension dans le processus thérapeutique (FARES, 2016).

B. Contextualisation et méthodes

Chapitre 1 : Cadre de l'étude.

1. Introduction générale :

L'institution choisie pour être le terrain de nos observations et comme lieu de stage est le Centre psychothérapeutique de jour qui accueille des adolescents dont les troubles psychiques nécessitent une prise en charge institutionnelle soutenue et dont les difficultés de symbolisation appellent à la médiation thérapeutique. Partie intégrante d'une plateforme de soins plus large organisée en a.s.b.l financée par la CoCoF et le SPF Santé publique.

L'ASBL a pour objectifs principaux de permettre à toutes personnes souffrantes de trouver une structure de soins intermédiaires entre la psychiatrie hospitalière classique et une réinsertion sociale complète. En d'autres termes, le but était de créer un espace proposant des alternatives à l'hospitalisation ainsi qu'un lieu de vie permettant la transition à la sortie de celle-ci.

Ainsi la philosophie de la plateforme basée sur le concept d'une communauté thérapeutique formée par une équipe pluridisciplinaire et où chaque membre exerce à la fois le rôle spécifique lié à sa formation et une activité socio-thérapeutique multidisciplinaire.

Le dispositif vise à prendre en charge des individus dont l'état ne justifie pas une hospitalisation, mais dont le mal-être met en difficulté tout réel épanouissement personnel et/ou social. De cette manière, L'ASBL propose une étape supplémentaire pour le patient psychiatrique avant le retour à l'intégration sociale. Le patient est alors encouragé et soutenu à s'insérer dans la vie communautaire et quotidienne incarnée par les autres résidents, les soignants et les tâches de la vie quotidienne nécessaires au bon fonctionnement de l'institution. De cette manière, le patient a la possibilité d'être réintégré et confronté en douceur à la réalité.

Avec de nombreuses années d'expérience et une reconnaissance des pouvoirs publics (INAMI, SPF Santé publique) l'ASBL organise plusieurs dispositifs thérapeutiques différents qui s'adressent tous à une population distincte, selon des critères d'âges, de pathologies ou d'intensité clinique. À ce jour le dispositif complet de l'ASBL met à disposition des structures institutionnelles comme des internats, des structures de jours, des structures ambulatoires et des habitations protégées au sein du réseau bruxellois.

Le centre est un hôpital de jour agréé par la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale (agrément n°7.200990.21). Le centre possède les agréments lit

K1 dit de neuropsychiatrie infantile ou hospitalisation de jour et les responsabilités d'un hôpital, mais fonctionne comme un centre de jour axé sur la vie communautaire.

Concrètement, l'institution a été conçue pour les adolescents en décompensation, confrontés à une psychopathologie en voie de révélation et d'installation qui compromet leur processus d'autonomisation et de scolarisation. Le centre accueille alors les adolescents dont les troubles psychiques nécessitent une prise en charge et un traitement institutionnel soutenu. Les conditions indispensables afin d'envisager la prise en charge et de valider la demande de séjour au centre sont :

1. Être âgé de 12 à 18 ans,
2. Être en état de souffrance psychique,
3. Être en situation de décrochages scolaires.

Si ces critères sont rencontrés et que le projet de soins et le projet pédagogique sont validés par l'équipe pluridisciplinaire le séjour peut alors commencer par une période d'essais de deux semaines durant laquelle les facultés d'intégrations au groupe, les mises aux travaux dans les temps thérapeutiques formels et les activités socio-éducatives seront testées.

Au gré de ces deux semaines, d'autres critères indispensables sont mobilisés dans le comportement du patient. En effet, un patient faisant preuve d'absentéisme soutenu ou d'absence d'investissement dans les activités prévues du programme mettra en péril le déroulement de son séjour. D'autres parts il est essentiel pour l'institution que la présence d'un nouveau résident ne perturbe pas la mise au travail d'autres résidents ou l'intégrité du groupe, que ce soit par l'expression de symptômes non stabilisés ou par des éléments du schéma comportemental de l'adolescent.

Dans cette idée l'admission ne se limite pas à une seule catégorie diagnostique. Les troubles rencontrés sont alors vastes et comprennent des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur, des troubles de l'adaptation, des troubles de l'attachement, des perturbations des conduites, des phobies sociales et/ou scolaires, des troubles de l'apprentissage, de l'hyperactivité, de l'impulsivité. Toutes les problématiques rencontrées sont interconnectées avec une problématique scolaire ce qui justifie l'étroite collaboration avec l'école Robert Dubois qui dispense un enseignement spécialisé de type 5 au sein de l'institution dans l'espace appelé « La porte bleue ».

Du point de vue administratif la prise en charge du centre nécessite la régularisation administrative vis-à-vis des mutuelles des adolescents. Ce qui permet le remboursement de la prise en charge et des médicaments. Il est important de préciser que l'ensemble du coût de la prise en charge est supporté par l'assurance des soins de santé.

Du point de vue organisationnel le centre est une institution de type « porte ouverte », ouverte toute l'année, à l'exception des jours fériés, de 8h30 à 17h du lundi au vendredi. Le dispositif de prise en charge est assuré cinq jours sur sept à temps plein ou temps partiel selon le projet thérapeutique et/ou pédagogique du patient. La durée de prise en charge est traditionnellement organisée sur la temporalité d'une année scolaire standard, bien que celle-ci soit l'objet d'une réévaluation constante en concertation avec le patient, son entourage familial, le professionnel « envoyeur » (l'acteur dans le contexte du patient qui est à l'origine de la prise en charge) et les membres actifs du réseau bruxellois.

Les objectifs de la plateforme de soins sont multiples et interconnectés. Ils sont garantis par le projet de soins, le projet pédagogique, la participation à la vie communautaire et les modalités de prise en charge spécifique à la psychiatrie institutionnelle. Ils peuvent être résumés comme suit :

- Infléchir l'évolution des troubles psychiques et préserver le potentiel d'avenir des jeunes.
- Concertation et travail de réseau quant aux éléments cliniques et projets de soins.
- Inclure les jeunes dans une dynamique de Réhabilitation Psychosociale au travers un projet de réinsertion communautaire et un projet pédagogique.

2. Le projet pédagogique :

Le dispositif thérapeutique du centre repose sur le projet de réhabilitation psychosociale assuré en partenariat avec l'École Robert Dubois. Il a pour objectif de reconnecter les adolescents au milieu scolaire afin de leur permettre d'entretenir un rapport plus apaisé aux apprentissages, de relancer leur curiosité intellectuelle, de leur permettre de réinvestir une posture d'élève et d'amorcer une réflexion sur un plan d'avenir.

Concrètement, le projet scolaire s'articule au travers des différentes modalités suivantes :

- Reprise scolaire, passations des examens, stage préprofessionnel, contrat d'apprentissage.
- Enseignement à distance, écoles de devoirs.

- Dispositifs personnalisés.

Du point de vue organisationnel, les ateliers pédagogiques se mènent en petit groupe ou individuellement. Le travail atelier se base sur les acquis scolaires, encourage l'exercice de l'argumentation et de la créativité et garantit des contacts réguliers avec les institutions scolaires extérieures. Le dispositif inclut des rencontres avec les parents autour du projet d'apprentissage individuel afin de leur garantir une place dans le projet éducatif de leur enfant et participe activement au soutien lors de la sortie et de la reprise scolaires extra-muros.

3. Projet de soins :

Le projet de soin propose une prise en charge centrée sur les problématiques psychiques et leurs élaborations dans les dimensions individuelles et familiales. Il a pour objectifs un travail sur les relations interpersonnelles dans la relance de liens, un soutien aux investissements dans les différentes dimensions sociales et scolaires. Il veut permettre au patient des transformations saines, suffisantes et favorables à la reprise de leur évolution personnelle.

Ainsi le dispositif de psychothérapie institutionnelle de référence psychanalytique assure un projet de soins personnalisés dans un cadre communautaire soutenant. Le centre de jour s'investit aussi dans un travail de réseau d'échanges et de concertation quant aux différentes spécificités des situations de soins rencontrées avec les partenaires concernés.

4. Modalité de prise en charge :

Le centre s'organise autour d'une temporalité particulière qui propose en alternance à l'adolescent des activités fixes (cf. annexe B) à des moments de vie plus improvisés. Au travers un contrat de présence réalisé à l'entrée du patient et qui le responsabilise à être présent de 5 à 3 jours semaines selon son profil spécifique, l'adolescent est orienté vers les ateliers qui lui correspondent le plus en fonction de ses intérêts personnels ou des bénéfices thérapeutiques recherchés.

Un engagement dans la vie communautaire dans l'ensemble de ses activités fait aussi partie des responsabilités qui incombent à l'adolescent. Cela se traduit par la participation à la confection des repas ou à la présence lors des réunions communautaires, où les résidents peuvent aborder et exprimer leurs suggestions et leurs questionnements sur l'organisation de la vie du centre.

Le dispositif thérapeutique s'organise autour du résident. L'accompagnement individualisé est assuré par un référent et un responsable du projet thérapeutique d'une part, un suivi psychiatrique et un suivi psychologique individuel et familial d'autre part.

5. Concertation pluridisciplinaire :

L'équipe pluridisciplinaire est riche et organisée autour du coordinateur et du psychiatre en chef. Les modalités de concertations s'organisent en deux temporalités clés dans l'organisation de l'institution. La première est la réunion quotidienne organisée tous les matins qui permet de traiter les problématiques de prise en charge, les détails d'organisation et la répartition des tâches. C'est le moment choisi pour communiquer des événements marquants dans la prise en charge des adolescents et de la transmission des informations aux différents acteurs concernés.

Le deuxième temps est la réunion hebdomadaire organisée tous les mardis matin, en présence du Médecin-Directeur, qui permet d'aborder les éléments d'organisations formelles comme les nouvelles entrées, l'organisation de nouvelles activités ou les stratégies thérapeutiques mises en place. Mais aussi des aspects plus stratégiques comme le questionnement de la place que joue l'institution dans le réseau bruxellois, la cohérence clinique, la pertinence des indications de prise en charge, les besoins en meilleure coordination entre partenaires du réseau et d'autres problématiques constitutives de la réflexion perpétuelle du dispositif de prise en charge.

L'équipe est constituée de 21 travailleurs : 1 Coordinateur, 2 Psychiatres, 2 Assistants Psychiatres, 3 Psychologues, 4 Infirmières, 1 assistante sociale, 5 Éducateurs spécialisés, 1 Assistante en psychologie, 2 Art-thérapeutes, sans compter les effectifs de l'école Robert Dubois. La transmission des informations au sein de l'équipe se fait comme explicité plus haut à l'oral lors de moments formels, mais aussi de manière continue durant les instants informels et notamment par écrit grâce à l'utilisation d'un logiciel de communication et d'organisation, le Dossier patient informatisé en psychiatrie (DPI).

Le DPI est le logiciel issu d'un appel d'offres lancé en 2017 par l'ASBL afin de répondre aux exigences fédérales en matière de e-Santé. Lors de notre passage dans l'institution, une version d'essai était testée par les professionnels en place qui participaient à la co-construction de l'outil informatique avec un partenaire privé. Cet outil à terme devrait satisfaire la nécessité de centralisation et de numérisation des informations relatives à la prise en charge et des éléments d'organisation de l'institution.

6. Travail de réseau :

Au-delà des institutions psychiatriques avec qui le centre travaille en réseau il existe d'autres partenaires privilégiés avec lesquels notre institution collabore étroitement :

- **SAJ** : « Service d'Aide à la Jeunesse », autorité publique qui intervient dans le cadre de protection de la jeunesse ; qui assume un rôle de médiateur.
- **SPJ** : « Service de Protection Jeunesse », service d'aide spécialisée qui intervient lorsque le Tribunal de jeunesse est saisi ; impose des mesures d'aides contraintes.
- **Bru-stars** : réseau de santé mentale bruxellois pour l'enfant et adolescent ; mise en place du programme « **CROSSLINK** » de consultation et de liaison intersectorielle. (Case-manager)
- **SDJ** : « Service Droit des Jeunes », service social qui assure une aide sociale, juridique et un accompagnement, à la demande du jeune. Dispositif qui veille à ce que les institutions respectent les jeunes et leurs droits.
- **COE** : « Centres d'Orientation Educative », service agréé et subventionné par l'administration de l'Aide la Jeunesse. Interviens auprès des jeunes et de leur famille sur base d'un mandat du Conseiller de l'Aide à la Jeunesse (SAJ), du Juge de la jeunesse, du Directeur du Service de Protection de la Jeunesse (SPJ). Ce service a pour mission d'accompagner et de suivre le développement psycho-socio-éducatif de mineurs dans leur cadre de vie. Sous tutelle de la Communauté Française.
- **AMO** : « Service d'Aide en Milieu Ouvert », subsidié par l'administration d'Aide à la Jeunesse. Ce service tente de maintenir les jeunes en difficulté dans leur contexte d'origine. Le postulat de départ des AMO est qu'un placement institutionnel n'est pas la solution à tous les problèmes et qu'il est important de maintenir le jeune dans son milieu de vie

Chapitre 2 : Méthodologies de recherche.

1. Introduction générale :

Nous utiliserons la méthodologie qualitative pour cette recherche. Cette démarche utilisera des données issues du langage à l'instar de données numériques. Sur base des entretiens individuels semi-directifs, où les thèmes abordés sont fixes, mais où le sujet s'exprime librement, nous tenterons de sonder le vécu spécifique de chaque bénéficiaire. Les informations recueillies seront retranscrites et nous permettront de mettre en évidence des mots (concepts), des textes (analyses documentaires) et des comportements (observations). Ces informations n'auront pas d'emblée de sens profond et leur interprétation relèvera de la subjectivité de l'analyste. Ainsi les résultats de ces analyses par l'approche qualitative ne se veulent pas généralisables à une population. Ils sont invariablement associés au contexte et à l'échantillon dont ils sont issus.

Une fois la phase de collecte de données terminée une phase d'analyse sera réalisée sur base des entretiens retranscrits. Cette analyse strictement qualitative consiste à la division des éléments du discours en thème descriptif et catégorie conceptualisant en unité d'analyse. Ces unités sont des subdivisions du matériel de base correspondant à un sens ou à une signification spécifique. Dans cette idée l'importance d'un thème ou d'une catégorie ne se définit pas par sa répétition ou récurrence, mais ou le fait qu'elle met en lumière un nouvel aspect de la réflexion. L'analyse descriptive consiste en un compte-rendu systématique et objectif des éléments pertinents dans le cadre de notre recherche. Cette phase peut se suffire à elle-même ou peut être une étape dans le processus de théorisation. Elle nous permettra de mettre en évidence tous les termes pertinents en lien avec l'objectif de la recherche ainsi que de mettre en évidence l'importance de certaines unités d'analyse au sein d'un ensemble de thématiques. L'analyse interprétative mobilise la subjectivité et les connaissances du chercheur afin d'interpréter les résultats dans le but de produire des hypothèses et/ou fournir des explications à la problématique ciblée.

2. Résultats attendus :

Les résultats attendus sont vastes, car ils dépendent directement des différents jeux de données récoltées et des différents types de lecture d'analyse réalisés sur celle-ci. Tout d'abord nous espérons des résultats descriptifs qui nous permettront de mieux entrevoir la problématique du tabac au sein de l'institution. Ensuite nous tenterons de mettre en évidence un éventail relativement large de constructions sociales centrées autour de la consommation du tabac. Ce qui situera le degré d'implication du tabac dans le contexte social des différents intervenants. Ensuite nous recueillerons des informations sur les détails de la pratique du tabagisme elle-même, notamment au niveau des interdictions légales (la procuration avant 16 ans) et sociales (interdiction parentale).

3. Procédure de collecte

Cet espace est consacré à la présentation des différents outils et supports de collecte de données. Ils sont multiples et nous proposent des résultats de nature différente. Ils sont de 3 types : l'anamnèse de pré-entretien, l'entretien semi-directif et les échelles d'évaluation. (Cf. Annexe D)

a) L'anamnèse de pré-entretien :

L'anamnèse est la seule méthode de collecte de données qui ne nécessite pas la participation du public cible. Elle a été réalisée en première intention avec l'aide des dossiers patients informatisés et non informatisés. Les informations recueillies concernent essentiellement les détails des déterminants sociaux propres à chaque adolescent et les informations sur leur situation clinique.

b) Guide d'entretien et entretien semi-directif

Le guide d'entretien est l'interface de communication avec les adolescents sélectionnés pour notre enquête. C'est une déconstruction des différentes questions de recherche en thématiques qui tente de nous renseigner sur les 4 grandes rubriques en lien avec notre recherche :

- Qui est l'enquêté ?
- Que fait-il et comment le fait-il ?
- Comment le vit-il ?
- Que pense-t-il ?

L'objectif général du guide d'entretien est de structurer les échanges autour des thématiques fixes, suivant le fil rouge de nos questions de recherches, afin de proposer un nombre de

questions ouvertes limité. Pour ce faire nous utiliserons les attitudes relationnelles issues des éléments théoriques de l'entretien motivationnel afin de comprendre la personne, de l'amener à s'exprimer sur sa volonté à modifier ses comportements de santé et de la confronter à ses ambivalences concernant ses objectifs personnels de santé. Le contenu (cf Annexe E) de ces entretiens, réalisés systématiquement et individuellement, sera l'objet d'une retranscription mot pour mot en distinguant les questions du chercheur et les éléments de réponse de l'enquêté. Les éléments de textes issus des propos des adolescents feront office de matériel d'analyse vis-à-vis de notre problématique et des questions de recherche.

c) Échelles d'évaluation :

1) Le test de Fagerstrom :

Le test de Fagerstrom initialement conçu en 1978 par Karl-Olov Fagerstrom a été mis à jour en 2012. C'est un instrument utilisé pour évaluer l'intensité de l'addiction à la nicotine. Le test a été originalement conçu pour fournir des mesures de dépendance à la nicotine associée à la consommation de cigarette. Il contient 6 items qui évaluent la quantité de cigarettes consommées, la pulsion de l'usage et la dépendance (Heatherton TF and al ; 1991).

Le test est basé sur un système de scoring où les items pouvant être répondus par oui/non sont scolarer 0 ou 1 et la question à choix multiple est scolarer de 0 à 3. Les items sont additionnés pour atteindre un score total de 0 à 10 où les résultats les plus hauts indiquent une dépendance physique à la nicotine plus grande (Pomerleau C S et al. 1989).

2) Échelle d'évaluation Numérique Motivationnelle :

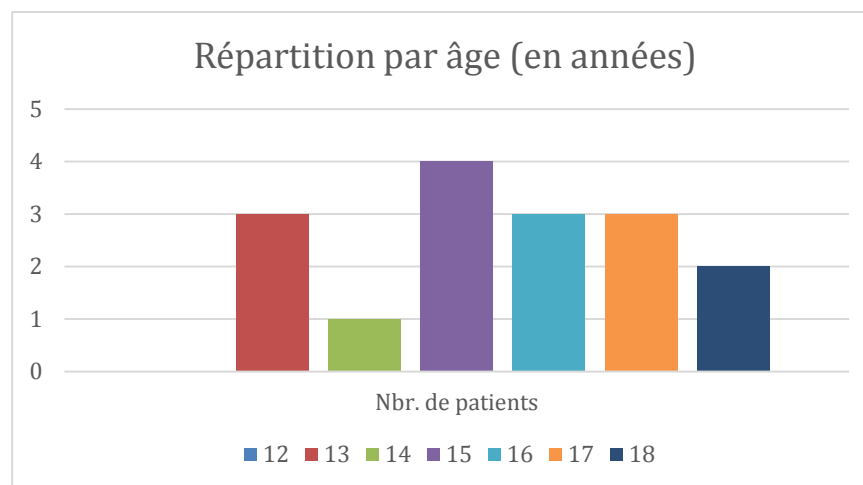
L'échelle d'évaluation numérique est un test issu du « Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac » (Q-Mat). L'échelle numérique en elle-même n'est pas validée pour évaluer la motivation à arrêter de fumer, mais elle est néanmoins utilisée par les professionnels et par l'INPES entre autres. Elle présente l'avantage d'être simple d'utilisation et ne pas faire appel aux capacités de projection dans le temps du patient. Elle s'articule simplement autour d'une question unique : « Sur une échelle de 1 à 10 comment évaluez-vous votre intention actuelle concernant l'arrêt du tabac ? » Pour après diviser les valeurs numériques en trois catégories : motivation faible (< 4), motivation moyenne (4-6), motivation forte (6 <).

Chapitre 3 : Population de référence.

Nous consacrerons cette partie à la présentation de population générale présente au sein de l'institution du centre.

a) Âge et sex-ratio :

<i>Âge</i>	<i>Nbr de patients</i>
12	0
13	3
14	1
15	4
16	3
17	3
18	2



Lors de notre passage dans l'institution 16 adolescent tous âgé entre 13 et 18. Le sexe-ratio quant à lui est de 7 filles pour 9 garçons (43.75% de filles pour 56.25% de garçons). Voici leur répartition par âge et par sexe. Il est admis dans l'institution que la parité filles-garçons soit recherchée. De plus, la capacité de fonctionnement optimal est de 20 adolescents.

<i>Sexe :</i>	<i>12 ans</i>	<i>13 ans</i>	<i>14 ans</i>	<i>15 ans</i>	<i>16 ans</i>	<i>17 ans</i>	<i>18 ans</i>
<i>Filles</i>	0	3	0	2	0	1	1
<i>Garçons</i>	0	0	1	2	3		1

b) Provenance géographique :

<i>Régions :</i>	<i>Nombre de patients :</i>	<i>% sur total de patients</i>	<i>Filles :</i>	<i>Garçons :</i>
Bruxelles Capitale	14	87.50%	7	7
Flandre	2	12.50%	0	2
Wallonie	0	0%	0	0

Une vaste majorité des patients proviennent de la Région de Bruxelles Capitale (87.50%). Pour les patients qui ne sont pas issus de la capitale, ils sont tous issus du Brabant flamand (12.50%). Malgré cela, l'intégralité des résidents sont francophones, le français est la seule langue utilisée de manière formelle à l'intérieur de l'institution.

c) **Lieu de vie :**

<i>Résidence :</i>	<i>Nombre de patients</i>	<i>% sur total de patients</i>	<i>Nombre de filles</i>	<i>Nombres de garçons</i>
Foyer Parental :	15	93.75%	7	8
Couple parental :	9	56.25%	5	4
Mère seule :	2	12.50%	0	2
Père seul :	1	6.25%	0	1
Garde alternée :	1	6.25%	0	1
Famille recomposée :	2	12.50%	2	0
Institution : (internat)	1	6.25%	0	1

Nous constatons qu'une vaste majorité des adolescents pris en charge par l'institution (93.75%) vivent au domicile parental. Nous observons tout aussi bien que plus de la moitié (56.25%) des jeunes partagent leur foyer avec le couple parental. Seule une minorité des adolescents sont placés dans une structure d'accueil (6.25%).

d) **Intervenants extra-muros :**

<i>Intervenants :</i>	<i>Nombre de patients</i>	<i>% sur total de patients</i>	<i>Nombre de filles</i>	<i>Nombres de garçons</i>
SAJ	4	25%	1	3
SDJ	1	6.25%	1	0
SAJ + COE	1	6.25%	0	1
SPJ	1	6.25%	0	1
SPJ/TJB/Brustar	1	6.25%	1	0
AMO+SAJ	1	6.25%	1	0
Néant	7	43.75%	3	4

Le partenaire privilégié extra-muros du centre est manifestement le SAJ, il intervient seul (25%) ou de manière couplée avec d'autres intervenants comme le COE (6.25%) ou l'AMO (6.25%). D'autre part nous constatons que le travail de concertation avec le réseau Bru star reste marginal, car il intervient dans une minorité de prises en charge (6.25%). Nous observons néanmoins que près de la moitié des adolescents (43.75%) ne sont pas pris en charge par des organismes de protection de l'enfance et de l'adolescence extra-muros.

e) **Situation scolaire :**

<i>Situation :</i>	<i>Nbr. de patients ac. CEB acquit.</i>	<i>Nbr. de patients ac. CEB non acquis :</i>	<i>% sur total de patient</i>	<i>Nombre de filles</i>	<i>Nombres de garçons</i>
Décrochage scolaire	4	10	87.50	6	8
Scolarisé	1	1	12.5%	1	1
Total	5 (31.25%)	11 (68.75%)	100%	7	9

Nous observons que la situation scolaire générale est peu encourageante étant donné que 68,75% des adolescents n'ont pas obtenu leur certificat d'études de base délivré en fin de cycle primaire. De plus 87,50% des adolescents pris en charge par le centre sont en situation de décrochage scolaire. Nous observons néanmoins qu'une petite minorité d'adolescents (12,5%) ont repris une activité scolaire depuis leur admission au centre.

f) Traitements psychotropes

<i>Type de médicament</i>	<i>Nombre de patients</i>	<i>% sur de patients</i>	<i>Nbr. de filles</i>	<i>Nbr. de garçons</i>
Neuroleptiques	1	6,25%	1	0
Neuroleptiques + antidépresseurs	4	25%	1	3
Antidépresseurs + Benzodiazépines + neuroleptiques	1	6,25%	0	1
Total « au moins un neuroleptique »	6	37,5%	2	4
Antidépresseurs	1	6,25%	1	
Sans médicament*	9	59,25%	4	4

(*Sans traitement psychotrope)

Nous constatons que les neuroleptiques représentent la majorité des traitements psychotropes administrés à notre public (37,5%). Ils sont prescrits de manière récurrente avec des antidépresseurs (25%) et dans une moindre mesure soit administrés seuls (6,25%), soit administrés de manière combinée avec des antidépresseurs et des benzodiazépines (6,25%). Nous observons que la moitié des adolescents pris en charge ne prennent aucun traitement psychoactif (59,25%).

g) Diagnostics :

Diagnostic	Code D.S.M.	Nombre de patients	%	Filles	Garçons
Troubles psychotiques		2	12,5%	1	1
Trouble psychotique NS	298.9	1	6,25%	1	0
Schizophrénie	295	1	6,25%	0	1
Troubles anxieux		5	43,75%	2	3
Anxiété généralisée	300.2	1	6,25%	1	
État dépressif majeur	296.2	4	25%	1	3
Dépression NS	311	2	12,5%	1	1
Troubles de l'adaptation		6	25%	2	3
Avec anxiété	309.24	2	12,5%	1	1
Avec humeur dépressive	309	1	6,25%	0	1
Avec perturbation des conduites	309.3	1	6,25%	0	1
Troubles à symptomatologie somatique	300.82	1	6,25%	1	0
Mise au point Diagnostic	Néant	1	6,25%	1	0

Nous observons que le public adolescent du centre (cf. Annexe C) est majoritairement divisé en trois tableaux cliniques. Le premier est issu des troubles anxieux à raison de 43.75% des patients de l'institution. Lui-même divisé en anxiété généralisée (6.25%), en états dépressifs majeurs qui représentent tout de même 25% des adolescents pris en charge, ce qui en fait la problématique la plus courante dans le centre et en dépression NS (non spécifiée) à raison de 12.5%. Le second concerne les troubles de l'adaptation qui concerne 25% des adolescents pris en charge. Celui-ci se subdivise en trois expressions symptomatiques : avec anxiété (12.5%), avec humeurs dépressives (6.25%) et avec perturbations des conduites (6.25%). Le troisième tableau clinique est lui issu des troubles psychotiques équitablement répartis en troubles psychotiques non spécifiés (6.25%) et Schizophrénie (6.2%). De manière plus isolée l'un des adolescents présente des troubles somatoformes se traduisant en crise non épileptique d'origine psychogène (6.25%). Pour finir, l'un des adolescents est encore au stade de mise au point diagnostique ne nous permettant pas de l'intégrer à notre référencement.

h) Considérations éthiques et administratives :

En considération des spécificités du public adolescent vulnérable en psychiatrie la question des considérations éthiques s'est vite posée à nous. En effet, le public cible de cette recherche étant mineur des précautions particulières sont nécessaires afin de garantir leur protection ainsi que la protection des données recueillies. Aussi par le caractère transgressif que peut représenter la problématique du tabac dans certaines familles il n'était pas envisageable de récolter pour chacun des individus interrogés une autorisation parentale sans mettre en péril l'alliance thérapeutique ou tout bonnement la volonté de participer à une telle étude. L'idée de soumettre les adolescents à la confrontation avec leurs parents sur la question de leur participation à une étude sur le tabagisme en milieu psychiatrique n'était pas confortable. De fait nous avons dû recourir au comité éthique de l'institution du centre présidé par le Dr. Delvenne, pour nous appuyer sur le contrat de confiance réalisé par ceux-ci lors de l'admission de leurs enfants. Cette demande a été validée en mi-octobre 2018 à la suite d'un rendez-vous préliminaire avec le coordinateur et l'infirmière-chef qui ont pu transmettre ma demande afin qu'elle puisse être délibérée. Ce dispositif et cette confiance nous permettent, par extension du secret professionnel et du respect de la libre parole, de garantir la protection des données et des adolescents où seule la mise en péril grave pourrait faire l'objet d'une dérogation à notre engagement éthique. Tout ceci dans l'objectif de garantir une protection plus élaborée de l'adolescent souhaitant participer à cette étude.

C. Rapport d'activités de stage en Community Mental Health :

1. Introduction :

Cette partie sera consacrée au développement de mon expérience durant les 60 heures de stage d'observation réalisée du 25 mars 2019 au 5 avril 2019. Comme explicité ci-dessus (point 3.1) tout intervenant participant au dispositif de prise en charge au centre a un rôle double. Le premier est directement issu de la formation professionnelle qui permet au travailleur de remplir une tâche spécifique. Le second est un rôle indifférencié et qui permet au travailleur d'assurer un travail sociothérapeutique durant les temps formels et/ou les moments de vies informels. Dans mon cas, en raison de la particularité de mon travail de stage qui est interconnecté avec mon travail de mémoire, le coordinateur de l'institution et maître de stage a préconisé que je ne remplisse pas les fonctions et responsabilités de mon champ d'expertise (les soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie), mais que je me concentre sur mon travail de recherche et le travail de sociothérapeute. Cet arrangement m'a permis de diviser mon emploi du temps entre l'animation des jeunes lors des moments formels (activités, ateliers, sorties extérieures...), l'encadrement de jeunes lors des moments de vie informels, le travail de concertation pluridisciplinaire et la collecte de données pour mon travail de recherche. À noter que les différents aspects du travail de recherche ne seront pas abordés dans ce chapitre.

2. Les moments formels

Les moments formels sont des moments dont le contenu est organisé et structuré. La présence des adolescents y est obligatoire et fait partie intégrante de la vie courante du centre. Ces moments se divisent en 2 groupes :

Le premier groupe est celui des « activités ». Elles sont obligatoires et concernent l'intégralité des adolescents du centre. Elles se font sous la supervision des travailleurs du centre et des stagiaires présents dans l'institution. Elles représentent un aspect communautaire essentiel dans l'institution, car elles intègrent la notion primordiale de groupe dans le but d'encourager les investissements dans la vie communautaire. Voici l'ensemble des activités organisées lors de mon stage :

- Le groupe stagiaire : cette activité se déroule tous les matins de 9h30 à 10h, elle est supervisée par l'ensemble des stagiaires sans la supervision des travailleurs. C'est un moment privilégié pour les stagiaires parfois présents pour de courtes périodes dans l'institution de créer du lien autour de sujets plus libres que ceux parfois abordés lors

d'entretiens. Elle s'organise généralement en débats spontanés et en échanges libres autour de sujets d'actualité ou d'éléments personnels apportés par les adolescents.

- La réunion communautaire (ou RC) : comme abordé plus haut, c'est une réunion obligatoire pour l'ensemble des jeunes, encadrée par le coordinateur de l'institution. Elle se déroule tous les jeudis de 12h30 à 13h30. L'objectif de cette réunion est de mobiliser le plus grand nombre de jeunes autour des questions relatives à la vie du groupe dans le centre. Si tous les adolescents sont attendus à cette réunion, un représentant de chaque fonction institutionnelle est présent à cette réunion afin que chacun des jeunes comme chaque adulte puisse incarner sa fonction et se positionner comme partie prenante de la vie communautaire au même titre que tout un chacun. Cette réunion est considérée comme un des éléments essentiels du dispositif institutionnel. Il a pour vocation de partager la culture institutionnelle et les règles de vies qui ont cours dans le centre et d'organiser ensemble la vie communautaire quotidienne. Il est important de noter que cette organisation définit des responsabilités individuelles. En effet à tour de rôle les adolescents sont sélectionnés pour la rédaction d'un procès-verbal, qui atteste de l'avancement et de la prise de décision inhérente aux problématiques du centre, et d'un maître du temps qui supervise les temps de débats impartis pour chacun des sujets mis à l'ordre du jour.

Voici l'ensemble des activités prestées durant mon stage :

- L'atelier Création : tous les mercredis de 14 à 16h qui propose aux adolescents la pratique des arts plastiques à partir d'un large éventail de techniques. L'objectif de cet atelier est de créer un espace d'expression libre afin d'encourager le travail authentique et personnel des matériaux proposés plutôt que la réalisation d'une série d'exercices imposés. Cette démarche fait appel aux ressources intérieures de chacun de manière personnalisée et respectueuse des sensibilités, capacités et personnalité de chacun.
- Atelier Cuisine : tous les vendredis matin de 10h à 12h30 qui permet aux adolescents de programmer, organiser et constituer un repas pour l'intégralité des membres de la communauté, et ce sous la supervision des travailleurs et stagiaires. Ce qui leur permet d'être confrontés à différents aspects de la vie quotidienne comme la gestion d'un budget, l'acquisition des denrées et le travail d'équipe.
- Hippothérapie : tous les mercredis de 10h à 12h30 organisé en partenariat avec l'ASBL Pony Paradise spécialisée dans l'hippothérapie ; cet atelier thérapeutique

propose plusieurs activités autour du médiateur spécifique, le cheval. La modalité d'intervention consiste à la transmission du mouvement du cheval au cavalier. Ces mouvements permettent de mobiliser le système neuromoteur, cognitif et sensoriel.

- Atelier jeux de société : tous les lundis de 10h à 12h30 organisé en partenariat avec la ludothèque de l'Espace Carême ; cet atelier participe au renforcement des liens à l'intérieur de la communauté au travers des processus ludiques.

3. Les moments informels

Les moments informels sont par définition des moments non structurés où les adolescents sont libres de profiter des installations et des lieux communs du centre. Bien que ces moments ne contiennent pas de consignes spécifiques, ils ne restent pas moins des moments propices à l'échange et l'observation clinique. C'est durant ces moments que les dynamiques de groupe sont le plus observables, car les comportements sociaux ne sont plus structurés par une activité. En tant que stagiaire il s'agit de moments clés dans la prise en charge, car ils m'ont permis d'entrer en lien avec les adolescents de manière authentique, de stimuler l'alliance thérapeutique et d'entretenir une relation de confiance. Ce travail relationnel me permet alors d'engager un travail d'observation thérapeutique lors de ces moments afin de détecter les conséquences sociales et comportementales des problématiques présentées par les adolescents. Ces moments de vie sont profondément connectés à la vie communautaire. Les plus importants étant les repas durant lesquels les adolescents sont exposés à l'une des pratiques sociales fondamentales de notre société. Les repas sont tout de même organisés sur le plan communautaire, nous savons déjà qu'il est courant que les adolescents participent à la réalisation des repas. Il en va de même pour l'intendance de ceux-ci. En effet les adolescents assurent à tour de rôle, sous la supervision des travailleurs ou des stagiaires, le service et le rangement.

D'autres moments informels ont retenu mon attention lors de mon stage comme les sorties autorisées. Les adolescents sont autorisés à sortir durant le temps de midi selon des modalités propres à chacun. Ces sorties sont officieusement associées à la consommation de tabac pour les jeunes du centre. Les modalités de ces sorties sont délimitées au préalable par l'autorité parentale qui autorise ou non les sorties de leur enfant. Dans ce cas les adolescents sont autorisés à 30 min de sortie non supervisée. Dans le cas contraire, les adolescents souhaitant aller fumer sont autorisés à sortir de l'institution pour satisfaire leurs habitudes de consommations, mais obligatoirement accompagnés soit d'un travailleur soit d'un stagiaire. L'adolescent encadré n'est alors pas autorisé à quitter l'accompagnant ni à quitter les alentours directs du centre.

4. Le travail de concertation pluridisciplinaire

Le travail de concertation pluridisciplinaire se fait de manière formelle utilisant les modalités décrites dans le texte précédemment (cf. chapitre III). Ceux-ci pour rappel s'effectuent lors des réunions quotidiennes du matin, la réunion « Staff » du mardi matin et l'outil de communication institutionnel le DPI. Mais le travail de concertation se réalise aussi de manière informelle lors d'échanges moins structurés sur les éléments cliniques exprimés lors des ateliers, activités, moments de vie informels. Ces éléments sont alors échangés en comité restreint puis transmis par écrit dans le DPI afin que les informations soient enregistrées et éventuellement partagées.

Ce stage m'a permis d'être un intervenant de confiance dans l'observation et la restitution des éléments cliniques et dans une moindre mesure de participer aux débats interdisciplinaires engendrés. Il m'a permis participer à la communication permanente entre l'équipe soignante et l'adolescent, au travail psychothérapeutique et à l'encadrement disciplinaire inhérent à la prise en charge de jeunes adolescents.

D. Résultats

I. Quel est le contexte social de la consommation du tabac chez les adolescents en milieu psychiatrique ?

1.1 Échantillons spécifiques :

Parmi les 16 adolescents pris en charge dans le centre lors de notre stage nous avons mis en évidence 5 adolescents fumeurs (n=5), tous avec des habitudes de consommations différentes. Le tableau ci-dessous reprend les résultats de la collecte de données systématique réalisée indépendamment des entretiens individuels.

Sexe/ Code	Région	Âge	Lieu de vie	Structure familiale	Diagnostic :	CEB	Traitements psychotropes :
F1	BXL	15	Foyer Maternel	Foyer recomposé	Phobie scolaire	Oui	Antidépresseurs (x2)
F2	BXL	13	Foyer Maternel	Foyer Recomposé	Trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse / Traits de personnalité limite	Non	Neuroleptiques (x2)
F3	Bxl	13	Domicile parental	Couple parental	Trouble de l'adaptation avec dépression	Non	Néant.
M1	BF	17	Domicile parental	Couple parental	Trouble de l'adaptation avec anxiété	Non	Néant.
M2	BX	15	Institution (Internat)	Mère seule	Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive	Non	Antidépresseur et Neuroleptique

Nous observons que 60% des adolescents sont issus de foyers où le couple parental n'existe plus. Les foyers recomposés représentent 40% des structures familiales de notre public cible. Une minorité des adolescents (20%) ne vivent pas à plein temps au domicile parental, mais en institution type internât. Il est important de noter que 80% des adolescents fumeurs n'ont pas acquis leur certificat d'études de base (CEB), contrairement aux 63.63% dans la population générale prise en charge dans le centre.

1.2 Les Contextes d'initiations :

Grâce au contenu des entretiens individuels, nous pouvons dégager plusieurs contextes sociaux d'initiation au tabac. En effet notre premier centre d'intérêt est basé sur la primo expérience de consommation du tabac, les lieux d'apprentissage et les contextes sociaux qui y sont associés.

Nous savons déjà que le milieu scolaire joue un rôle essentiel dans cet apprentissage et cela se confirme dans nos résultats. En effets plusieurs adolescents interrogés décrivent l'environnement scolaire comme étant le terrain de la première expérience avec le tabac :

« Ouais, du coup j'étais en première secondaire. Je me suis fait des amis, normal. Et je sais plus c'est combien de temps après, je dirais 2-3 mois après, on est sorti après le cours et un de mes amis, je crois qu'il fumait déjà avant, mais pas énormément, m'a dit « venez, on teste ». Du coup j'ai testé et je n'avais pas trop kiffé, je me suis dit nan et tout. Puis le lendemain j'ai réessayé » M1 – 17 ans – Ligne 3

De fait le milieu scolaire est un milieu de rencontre et d'expérimentations par excellence pour les adolescents. On détecte déjà dans le discours d'expérience précoce une forme descriptive ambivalente, qui d'une part met en évidence une expérience négative de consommation, mais qui n'est pas suffisamment dissuasive pour écarter l'adolescent d'une nouvelle consommation. Alors le dispositif scolaire et l'environnement que celui-ci peut offrir à la consommation du tabac peut être un facteur de vulnérabilités :

« Avant quand j'allais à l'école et tout, je fumais à 10h- 14h et le matin et après les cours. Au final on fumait tout le temps parce qu'on avait une petite planque à l'école et on fumait tout le temps là-bas » F1- 15 ans – Ligne 144

Aussi nous savons que le contexte familial est un facteur déterminant dans la problématique du tabac. Si bien que certains adolescents des interrogés y décrivent la cause et le contexte de leur première consommation :

« C'était chez moi, il n'y avait pas mes parents et je voulais savoir ce que ça faisait un peu. Parce que moi mes parents ils fument genre...ma mère elle pompe de ouf, elle fume un paquet de 35 par jour voir plus » F1- 13 ans – lignes 3

Pour d'autres le contexte d'initiation est l'espace public, le voisinage. En effet le voisinage est un facteur essentiel dans le contexte social des adolescents. La vie communautaire et les caractéristiques sociales d'un quartier sont elles aussi reconnues comme facteurs d'influence dans la consommation du tabac :

« J'habitais à Saint-Gilles et j'avais des potes qui fumaient et tout. Et du coup voilà je me suis mis à fumer. [...] Ils étaient dans mon quartier, ils habitaient le même quartier que moi. » M2 – 15 ans – ligne 3

De manière plus surprenante, nous avons aussi constaté que le milieu hospitalier est un contexte d'initiation récurrent. Plusieurs adolescents l'ont décrit comme étant un lieu de primo expérience :

« J'étais à l'hôpital et genre c'était le deuxième jour où j'étais là-bas et là j'ai commencé à me faire des amis [...] Mais du coup je trainais avec un garçon qui s'appelle X et d'autre personne. Et X lui il fumait. Et à ce moment-là j'étais un petit peu amoureux de lui et du coup j'ai voulu tester avec lui » F2 – 13 ans – Ligne 2

D'autres témoignent que l'hôpital est un lieu d'initiation important dans leurs parcours de consommations. En effet bien que les adolescents soient pris en charge dans une structure de soins celle-ci semble être un terrain de facilitation des habitudes de consommations du tabac :

« J'étais à l'hôpital pour dépression et j'avais des amis qui fumaient. Et moi, ma mère était au courant que je fumais, mais je ne pouvais pas fumer devant elle. Et il y avait un fumoir dans cet hôpital et du coup on pouvait aller fumer quand on voulait et c'est là où j'ai appris à comment bien fumer une cigarette à comment bien aspirer la fumée et tout ça. » F3 – 13 ans – ligne 26

En conclusion, nous nous apercevons que l'initiation au tabac est toujours interconnectée à un contexte social spécifique, qui joue un rôle dans la manière dont les habitudes de consommations du tabac seront assimilées. De plus nous observons que l'hôpital est malheureusement un lieu d'initiation au tabac important dans l'expérience rapportée de notre public cible ce qui nous questionne sur la place d'un processus de prévention au tabac systématique dans les institutions psychiatriques spécialisées. Il nous paraît essentiel à la vue de ces éléments qu'il soit nécessaire d'intervenir au niveau des environnements physiques afin que ceux-ci minimisent l'influence négative qu'ils peuvent avoir sur l'instauration d'habitudes de consommation du tabac.

1.3 L'influence de la famille et du milieu d'hébergement :

Dans la vaste majorité des adolescents, le milieu d'hébergement est directement associé à la structure familiale. Nous avons constaté que la famille, les parents et les conditions de vie jouent un rôle déterminant dans les habitudes de consommations.

En effet certaines structures familiales ont des habitudes de consommation profondément ancrées ce qui expose l'adolescent en développement à de plus grands risques :

« Moi je suis toujours une fumeuse passive, depuis que je suis née parce que tout le monde dans mon entourage fume, genre mes parents, ma tante, ma grand-mère, mon grand-père, tout le monde fumait. Genre n'y a pas une personne qui ne fume pas dans les adultes autour de moi » F1 – 13ans – ligne 19.

L'omniprésence du tabac dans le contexte de vie est un facteur de vulnérabilité. Cette omniprésence du tabac confronte l'adolescent à l'ambiguïté du discours parental lorsque la consommation du tabac est une pratique interdite au sein du foyer pour adolescents, mais est une pratique assimilée par tous les adultes qui l'entoure. Cette incohérence participe à la perte de légitimité des parents dans l'éducation des jeunes adolescents :

« Ma mère a déjà senti un jour que j'avais fumé. Et du coup, elle m'avait fait genre ; ne tombe vraiment pas dans cette merde et tout. Elle m'a un peu engueulé elle a fait genre de la prévention, en mode ne touche pas à ça c'est vraiment de la merde. [...] Pour l'instant je n'ai pas envie, mais je sais que si j'ai vraiment envie d'arrêter de fumer et bien j'arrêtera. À un moment je me suis dit que si ma mère arrête de fumer moi aussi j'arrête de fumer, même si elle ne le fera pas. Mais j'arrêtera de fumer. »

F1 – 15ans – Ligne 104

Ainsi le positionnement éducatif des parents prend toute son importance, car la cohérence de celui-ci influencera l'adolescent et ses expérimentations. D'autre part nous détectons dans l'élément de réponse une certaine forme d'ambivalence vis-à-vis de l'arrêt du tabac et la place à prendre dans l'entretien motivationnel. Nous entendons que la motivation à se sevrer n'est pas encore présente dans le vécu de l'adolescente, mais qui malgré cela nous communique être tout de même intéressée à s'engager dans un processus de sevrage conjointement avec un acteur de son environnement social si celui-ci venait à se positionner. Alors, les caractéristiques individuelles des acteurs présents dans le contexte des adolescents, vis-à-vis de la problématique du tabac, influencent grandement l'expérience de ceux-ci. Notamment lorsque ces caractéristiques individuelles sont associées à une absence d'encadrement et de contrôle parental. Dans ces contextes les conditions familiales peuvent être la source de grande vulnérabilité :

« Oui, parfois ma mère elle m'achète des paquets de temps en temps, parce que maintenant elle sait que je fume et tout ça. Elle ne m'a pas crié dessus quand je lui ai avoué elle a vraiment été cool sur ça. Parce qu'en fait je ne suis pas la seule dans ma

famille qui a commencé à fumer à cet âge-là. Par exemple son frère a commencé à fumer à 13-14 ans et tout. Donc je ne suis pas la seule. » F2 – 13 ans – ligne 66

Dans cette idée l'absence de positionnement peut se s'expliquer de différentes façons, soit par laxisme, soit par le déni de voir son enfant pris pas l'addiction au tabac. Ce positionnement souligne la dangerosité (et l'illégalité) de la posture ambivalente de l'autorité parentale qui d'une part se porte, en essence, responsable de la sécurité et du bon développement de son enfant, mais qui d'autre part participe activement aux habitudes de consommations toxiques de l'adolescent. Cette carence peut rendre compte d'une certaine forme de dysfonctionnement familial où l'absence de cadre éducatif peut être assimilée à une forme d'abandon du rôle parental. De plus, la structure familiale peut soutenir les habitudes de consommation notamment dans la procuration (que nous aborderons plus tard dans le texte), mais aussi du point de vue organisationnel. En effet certains parents délimitent clairement des réglementations pour les habitudes de consommation de leurs enfants et participent au tabou que représente le tabagisme juvénile vis-à-vis de la structure familiale plus large :

« Chez moi je peux. Enfin je peux, quand il n'y a pas mes grands-parents, chez moi, parce qu'ils partent au Maroc. Je peux encore fumer dans mon jardin quand il n'y a pas ma sœur et voilà. À part ça je dois sortir devant la porte ou...Mais quand il y a mes grands-parents, je dois partir encore un peu plus loin parce qu'il ne faut pas qu'ils le sachent. » F3 – 13 ans – ligne 82

Ainsi la structure familiale peut présenter des défaillances vis-à-vis des mesures d'encadrement protectrices et ainsi passivement valider les comportements toxiques des adolescents. D'autres part la structure familiale peuvent être source de soutien vis-à-vis des habitudes de consommations. En effets dans certaines structures familiales les parents participent encore à l'encadrement des habitudes de consommation de leurs enfants :

« Elle (ma mère) m'aide à ne pas sortir dehors pour pouvoir arrêter, on va dire diminuer. Quand je dois sortir dehors juste à côté de chez moi pour aller fumer, elle me dit non pas maintenant. » F3 – 13 ans – Ligne 68

L'influence positive des parents semble jouer un rôle important. Le soutien apporté est intégré et reconnu par les adolescents et peut leur permettre d'alimenter une réflexion sur leurs propres consommations :

« Ouais, ouais, je vois qu'on s'inquiète pas mal. Un peu pour moi, en plus de me dire que ce n'est pas bien. Et me recadrer un peu dans ce sens-là ce n'est pas simple non plus. J'ai envie d'arrêter, mais en même temps c'est plus fort que moi et je n'ai pas envie non plus. » F3 – 13 ans – ligne 72

En conclusion, l'influence parentale et les conditions d'hébergement jouent un rôle essentiel dans les habitudes de consommation du tabac. Les pratiques éducatives des parents peuvent avoir des effets positifs et négatifs. En effet, l'absence d'échange, d'encadrement, de contrôle parental sont autant de difficultés pour l'adolescent d'intégrer les normes et règles parentales. Le rejet des valeurs et de l'autorité parentale apparaît comme une configuration de déficience relationnelle. C'est parce que les parents ne proposent ou n'exercent pas auprès des adolescents un soutien affectif cohérent qu'ils perdent à leurs yeux leur crédibilité ou leur légitimité (Sahed I.,2016).

1.4 Les espaces extérieurs :

Au gré de notre enquête, nous nous sommes aperçus que le tabac est principalement une activité extérieure. Les différents types d'interdiction qui couvrent la problématique du tabac à l'égard des adolescents poussent ceux-ci à trouver leur place sur la voie publique là où paradoxalement l'influence positive des plans de soins ou du soutien familial se fait la plus difficile.

En effet nous observons que la vaste majorité des habitudes de consommation sont réalisées en plein air et sont parfaitement intégrés aux habitudes de vie des adolescents :

« Le matin je fume sur le chemin, deux ou trois sur le chemin. Genre, une avant de prendre le tram, enfin une en attendant le tram, une en attendant le bus et une sur le trajet du bus jusqu'au centre, ou du métro jusqu'au centre. » F2 - 13 ans – Lignes 90

De fait le tabac a trouvé sa place dans les déplacements et dans les activités extérieures. Les jeunes modifient leurs déplacements et itinéraires pour satisfaire leur besoin en nicotine et profitent de la moindre occasion pour sortir satisfaire à leurs habitudes :

« Puis des fois, ça dépend de quel chemin je prends, quand je suis à Bocksteal par exemple y a 2-3 arrêts depuis chez moi, je sors au lieu de monter directement dans le métro, au lieu de descendre dans le métro je m'allume une clope. Puis quand je sors à

St-Guidon aussi je m'allume une clope et quand on sort ici, du coup à 13 heures je fume et quand je sors du centre je fume » F1 – 15 ans – Ligne 55

De plus au-delà d'être intimement liées aux trajets qui animent la vie des adolescents, les habitudes de consommation de tabac semblent se modifier selon l'organisation de l'emploi du temps du jeune :

« Je fume quand je m'ennuie, quand j'ai des pauses, au centre en tout cas. Et je fume le matin, à la pause de midi et quand je sors. [...] en espace dehors, je fume un paquet de 26 en une journée, si je suis dehors toute la journée. » F3 - 13 ans – Ligne 33

Dans d'autres situations, les espaces extérieurs sont une échappatoire à l'autorité normative. Elles permettent aux adolescents de laisser libre cours à leurs pulsions et de contourner l'autorité parentale sans confrontation directe :

« Je fume dehors. Je lui (ma mère) dis que « je vais voir des amis » ou « j'arrive ». Ou sinon la semaine je suis à l'internat et ils s'en foutent. On peut fumer donc ça va » M2 – 17ans – Ligne 88

En conclusion le contexte de consommation semble influencer les habitudes de consommation, celles-ci sont visiblement organisées autour des déplacements et des activités extérieures là où la présence des adultes ou des soignants n'est plus. Cet éclaircissement permet de mieux nous représenter les habitudes de consommations des jeunes et de la nécessité que les adolescents ressentent de s'affranchir des modèles ressentis comme autoritaires qui peuplent leur contexte social.

II. Quelle est l'ampleur de la problématique du tabac dans l'institution ?

2.1 Présentation des résultats issus de l'anamnèse :

Notre population spécifique (n=5) est un échantillon sélectionné à partir de la population générale (n=16) pour son adhésion à des habitudes de consommations du tabac. Les critères d'inclusion sont larges et intègrent tout adolescent âgé de 12 à 18 ans consommant des produits issus de la production du tabac et contenant de la nicotine, de manière quotidienne ou occasionnelle (à minima d'une fois par semaines).

	Nbr. de patients	% sur le nbr. Total de patients	Nbr. de filles	Nbr. de garçons
Fumeurs :	5	31.25%	3	2
Occasionnel	0	0%	0	0
Quotidien	5	31.25%	3	2
Non-fumeurs :	11	68.75%	4	7

Nous constatons que 31.25% de la population générale consomme de manière quotidienne du tabac. Nous observons aussi dans le cadre de notre enquête qu'aucune des personnes rencontrées ne s'est identifiée comme fumeur occasionnel. Dans notre échantillon les filles représentent 60% des consommateurs contre 40% de garçons. Il est important de noter que 42.85% des filles du centre consomment du tabac contre seulement 22.22% des garçons.

Résultats issus des échelles d'évaluation formelle (Fagerstrom, ENM, Âge de la première cigarette) :

Codes :	Combien de temps après être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?	Trouvez-vous difficiles de vous abstenir de fumer dans les lieux non-fumeurs ? (Oui - non)	Quelles cigarettes abandonnez-vous le plus difficilement ? (Matin - autre)	Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	Fumez-vous plus le matin que l'après-midi ? (Oui - non)	Fumez-vous quand vous êtes malade ? (Oui - non)	Score final Fagerstrom :	ENM :	Âge de la 1 ^{re} cigarette :
F1	Après 60 min (0)	Oui (1)	Matin (1)	Moins de 10 (0)	Non (0)	Oui (1)	3	4	12
F2	Entre 6 et 30 min (2)	Oui (1)	Autre (0)	11 à 20 (1)	Non (0)	Oui (1)	5	1	12
F3	Entre 31 et 60 min (1)	Oui (1)	Autre (0)	11 à 20 (1)	Non (0)	Oui (1)	4	6	12
M1	Entre 31 et 60 min (1)	Non (0)	Autre (0)	Moins de 10 (0)	Non (0)	Non (0)	1	4	12
M2	Entre 31 à 60 min (1)	Non (0)	Matin (1)	Moins de 10 (0)	Non (0)	Oui (1)	3	5	12

Ce tableau reprend les résultats de 3 sources différentes. La première est le test de Fagerstrom réalisé au début de chaque entretien. Celui-ci nous fournit des détails importants dans la représentation des habitudes de consommation des jeunes pris en charge. Nous observons

qu'aucun des adolescents interrogés ne présente une dépendance « forte » ou « très forte », ce qui est encourageant. En effet, ils se répartissent tous dans la catégorie « peu ou pas » de dépendance et « dépendance avérée ». Aussi nous avons demandé aux adolescents d'évaluer leurs motivations d'arrêter de fumer sur une échelle de 1 à 10. Les résultats sont intéressants dans la mesure où la motivation à arrêter sa consommation est présente chez la quasi-majorité des jeunes. Mis à part une adolescente qui ne témoigne aucun intérêt à un sevrage tabagique (1/10), les autres ont quant à eux exprimé une motivation « faible » ou une motivation « moyenne ».

Enfin, il est intéressant de noter que l'âge de la première expérience aux tabacs est de 12 ans pour l'ensemble des adolescents fumeurs du centre, contre 16 ans en moyenne dans la population globale.

2.2 Les tentatives de sevrages et la dépendance :

Lors des interviews, les éléments de réponse des jeunes ont de manière générale attiré notre attention sur la question de la dépendance et du sevrage. En effet, il apparaît que la dépendance au tabac et la représentation que les jeunes ont de celle-ci sont intéressantes et méritent d'être ici décrites.

De manière générale, peu d'adolescents ont verbalisé leur dépendance de manière claire. En effet nous nous trouvons plus souvent face à des minimisations des besoins en tabac par le fait que leur consommation a diminué au cours des derniers mois ou qu'ils se sentent capables de se sevrer si l'envie était présente :

« Je ne sais pas si je pourrais dire que je suis dépendant parce que d'un côté je me dis que si j'ai vraiment envie d'arrêter de fumer, je vais arrêter. Ça ne va pas être hyper difficile, si je diminue beaucoup franchement je pourrais arrêter de fumer, moi de ma part. [...] Du coup je dirais que je suis à moitié dépendante. » F1 – 15 ans – Ligne

190

On observe alors que peu s'identifient clairement comme dépendants, et ce malgré le fait que plusieurs adolescents nous confient que le besoin de fumer est fort et parfois handicapant. La cigarette est alors un besoin qui s'oppose à « l'envie d'arrêter », comme si toutes les conditions nécessaires à un sevrage étaient présentes, mais que le « bon moment » ne se serait pas encore présenté :

« C'est plus fort que moi d'en avoir besoin et l'envie d'arrêter n'est pas plus forte.

J'ai besoin de la cigarette pour penser à moi et puis ne pas... Enfin, un peu être...penser à autre chose quand je ne vais pas bien. Et l'envie d'arrêter, c'est l'envie que je n'arrive pas... ce n'est pas encore un besoin, comme le besoin de fumer. » F3 – 13ans – Ligne 76

Cette notion de temporalité est intéressante, car elle est présentée comme le frein des motivations à se sevrer du tabac. Nous observons alors que de nombreux adolescents contemplant l'idée de changer d'habitudes de consommation sans concrétiser. Lorsque nous questionnons les adolescents sur la possibilité d'arrêter de consommer ceux-ci se montrent généralement convaincus par l'idée de ne plus fumer dans le futur, mais que pour le moment les conditions ne sont pas encore rencontrées. Ce positionnement est ambigu à nos yeux, car il peut témoigner d'une pensée de minimisation ou d'évitement :

« Pour l'instant je ne vais pas arrêter de fumer, mais après je me jure d'arrêter de fumer ça c'est sûr, je ne vais pas fumer jusque-là fin de ma vie. Ça, c'est sûr. [...] En soi je me dis c'est quand je le voudrais en fait. Quand j'irais vraiment beaucoup mieux. Pour moi ça sera vraiment quand je me dis dans ma conscience : « ça sert à quoi de fumer ? » » F1 – 15 ans – ligne 205

La question de la dépendance et de la lutte interne entre le besoin de fumer et la pulsion normative est très intéressante, car il contextualise la question du sevrage tabagique. Lors de l'analyse de compte rendu d'entretiens nous nous sommes aperçu qu'une majorité d'adolescents étaient déjà passé par une tentative de sevrage :

« Avant j'étais à un paquet de 35 par jour et maintenant je suis à une quinzaine voir plus. Donc ça ne me suffit pas assez j'ai besoin de diminuer [...] ce n'est pas ce que j'ai envie d'atteindre comme objectif. » F3 – 13ans – Ligne 109

L'intention du sevrage est alors quelque chose de répandu dans notre échantillon. Il est important de s'intéresser aux raisons qui ont vu naître l'idée du sevrage et surtout les raisons qui ont poussé le sevrage à son échec :

« Oui très souvent. J'ai déjà essayé pendant une semaine, mais je n'ai pas tenu. La tentation est encore beaucoup trop forte quand tu sais que tu as l'argent pour aller

acheter un paquet de cigarettes et qu'au final tu ne peux pas le faire. La tentation est beaucoup trop forte pour se dire que tu peux y arriver » F3 – 13 ans – ligne 116

Nous observons ici qu'un des facteurs clés dans l'échec du sevrage est la trop grande accessibilité aux produits du tabac pour un adolescent de l'âge de 13 ans. Ce qui souligne l'inefficacité des mesures de protection mises en vigueur destinées aux jeunes de moins de 16 ans. D'autres expriment des difficultés d'ordre sociales où l'influence des pairs constitue une difficulté supplémentaire dans le sevrage au tabac :

« Ouais, mon pote qui m'a proposé d'essayer. Et c'est le même pote qui m'a fait reprendre après août où je fumais plus. Je lui ai dit : « Nan, je veux plus...mais si j'en fume encore une ça ne va rien changer. » Et comme je fumais déjà avant il m'en a fallu qu'une et j'ai recommencé. » M1 – 17 ans – ligne 161

Le contexte social induit une influence négative non soutenante dans le cas du projet de sevrage du jeune. Ce décalage entre la tentative d'acquisition de comportement de santé positif mis en place à l'initiative du jeune et l'environnement social duquel il est issu est une difficulté supplémentaire qui interfère avec les motivations des adolescents.

En conclusion nous nous apercevons que les représentations des adolescents tendent à minimiser leur aspect de dépendants, une majorité de jeunes ont déjà intégré, voir expérimenté un sevrage volontaire, ce qui est encourageant. Nous observons que les causes rapportées d'échec de stratégies de sevrages sont la grande accessibilité du tabac et l'influence des pairs qui constituent l'environnement social des jeunes adolescents. Ces éléments peuvent suggérer une certaine forme de minimisation des comportements addictifs bien présents dans le contexte des jeunes. D'autre part nous observons que notre public cible est divisé sur le degré de motivation à changer de comportement de santé. Si l'on reprend le modèle Transthéorique de Prochaska et DiClemente nous observons assez clairement que la population fumeuse du centre est soit dans une phase de pré-intention, où le fumeur ne se sent pas concerné par l'arrêt, soit dans une phase d'intention, où la question du sevrage est présente dans l'esprit du jeune.

2.3 Le tabac et ses complications :

D'autres éléments inhérents à la consommation du tabac nous ont interpellés dans le discours des jeunes. Les jeunes ont rapporté de manière soutenue que le tabac aurait déjà impacté négativement leur santé et plus précisément leur condition physique :

« [...]rien que de courir c'est hyper compliqué. Je n'ai pas envie de plus pouvoir de sport ou de plus pouvoir rien faire du coup. C'est aussi pour ça que je n'ai pas envie de continuer. » F3 – 13 ans – ligne 136

Ce ressenti s'est confirmé plusieurs fois lors des entretiens que nous avons menés durant lesquels les jeunes viennent à s'exprimer sur des regrets vis-à-vis de leur propre consommation et des conséquences néfastes que celle-ci a sur des activités sportives appréciées par les jeunes :

« Ouais, complètement. En plus maintenant je fais plus de sport. Là je vais aller à la boxe, je sais qu'après la boxe je vais être pas bien. En plus dès qu'on fait un effort, on se fume une clope juste après alors qu'on est complètement mort. On est vraiment à fond aussi. Je regrette totalement » M1 – 17 ans – lignes 170

Pour plusieurs adolescents, le tabac entrave déjà leur corps dans leurs capacités physiques. Cette préoccupation du corps est intéressante, car elle permet d'ouvrir la porte au questionnement des conséquences que peut avoir le tabac sur l'organisme. En abordant ce sujet, nous découvrons des adolescents globalement informés des conséquences du tabac, mais aussi inquiets :

« Pas tout le temps en fait, mais souvent je me suis posé la question genre, imagine j'ai le cancer je l'attrape et tout. Ouais, parce que je fume quoi. Et ça me stress, et du coup je me dis pourquoi je n'arrêtais pas ? » M1 – 17 ans – ligne 115

En conclusion lorsque nous enquêtons auprès des jeunes adolescents fumeurs du centre psychothérapeutique de jours nous nous apercevons qu'ils sont globalement informés et conscients des risques associés à la consommation de tabac. Ils ressentent pour la plupart malgré leur jeune âge les premières complications liées au tabac et témoignent d'une forme d'inquiétude quant aux complications à plus long terme du tabac.

III. La cigarette est-elle un facteur de cohésion sociale pour le jeune adolescent ?

Cette question de recherche est consacrée à l'influence des habitudes de consommations du tabac sur les dynamiques de groupe inhérent à la vie communautaire du centre. Lors de notre enquête nos résultats nous ont poussés à considérer la question de deux manières différentes : la vie sociale à l'intérieure du centre et la vie sociale des adolescents à l'extérieure du centre.

3.1 La vie sociale à l'intérieur du centre :

Nous avons déjà lors de ce travail illustré les interactions sociales du tabac et celles-ci semblent se confirmer dans le discours des adolescents interviewés. En effet il est assez manifeste que l'existence d'un sous- « groupe fumeur » s'est constitué dans la vie communautaire du centre :

« En fait le truc c'est qu'on un est petit groupe de fumeur, à chaque fois qu'on sort il y a toujours F2, M1, M2 et moi, souvent c'est nous quatre. On sort pour fumer ensemble. Sinon il y a les autres, mais souvent c'est que nous 4 qu'on va fumer ensemble. Voilà on est un petit groupe et on va fumer ensemble. [...] Et bien je reste avec eux à chaque fois pour fumer et pendant les activités on se parlait, j'avais du feeling avec eux et puis voilà. » F1 – 15 ans – Ligne 170

Ce sous-groupe est notamment observable lors des moments informels dans les lieux communautaires et à l'heure des repas dans la répartition des places. Aussi le groupe s'organise durant les moments pause afin de satisfaire en groupe leurs habitudes de consommations :

« Souvent tout le monde sort à 13h30 comme F3 à moins de 14 ans elle est obligée de sortir à 13h30. Et du coup on la suit tous. En mode, ouais, « Si vous allez fumer avant 13h30 je vous parle plus » fin voilà, du coup on sort tous après 13h30 on fume une ou deux clopes » F1 – 15 ans – ligne 183

Même si ce groupe semble soudé et partager des rituels spécifiques certains ne se revendiquent pas comme parties intégrantes de ce « groupe fumeur » malgré des habitudes de consommation communes :

« Je ne sais pas, ce n'est pas trop mon type de personnes que j'appréciais

énormément. Ils n'ont pas l'air... Je ne sais pas je ne les aime pas trop. » F2 – 13 ans

– Ligne 99

D'autres expriment que le groupe fumeurs représente l'intégralité de son champ social à l'intérieur du centre. Ce qui dénote d'un repli social cliniquement intéressant, mais contradictoire avec le concept de vie communautaire véhiculée par le projet thérapeutique du centre :

« [...] Je ne traîne pas forcément, je ne vais pas parler aux autres. Mais parce que je vois qu'on rigole beaucoup, on est toujours ensemble. Alors que les autres sont un peu éparpillés, ils traînent un peu avec tout le monde quoi. » M1 – 17 ans – Ligne 103

Ainsi on peut entrevoir le fait que le tabac représente à la fois un critère d'inclusion au groupe et la fois un critère d'exclusion au groupe plus large. Cette observation est essentielle, car elle symbolise assez fidèlement les mécaniques d'influence de l'effet de pairs comme décrit plus haut dans ce texte. D'autres n'hésitent pas à verbaliser que l'importance d'être groupé prime sur la satisfaction des habitudes de consommation :

*« C'est plus être avec le groupe, mais en soi aussi tu as envie de fumer. » F1 – 15 ans
– lignes 188*

Une des explications fournies serait une certaine forme de proximités partagée entre les fumeurs. Notamment vis-à-vis de leurs habitudes de consommations elles-mêmes, le groupe serait alors un lieu d'expressions bienveillant où les adolescents entre eux peuvent se soutenir :

« Je ne pense pas que c'est uniquement parce qu'on fume qu'on est plus sociable avec les fumeurs. Mais je pense aussi que ça fait quelque chose. Parce qu'on peut se comprendre aussi dans un sens et en parler. Alors que d'autres sont peut-être un peu plus fermés » F3 – 13ans – ligne 96

En conclusion le tabac représente effectivement un facteur de cohésion sociale pour les adolescents au sein du centre. Cette construction sociale présente des habitudes communes organisées et des aspects positifs comme le soutien émotionnel, la proximité et l'intimité relationnelle qui sont des aspects nécessaires au développement naturel de l'adolescent comme précisé plus haut dans le texte. D'autre part le « groupe fumeurs » semble induire une

forme de replis social dans la constitution d'un sous-groupe au sein de la communauté thérapeutique cultivée par le projet thérapeutique du centre. Le tabac semble alors pleinement jouer son rôle social dans l'institution dans la mesure où certains adolescents semblent plus attachés à la composante groupale de la consommation qu'à la consommation elle-même. De fait la quasi-totalité des adolescents communiquent être impliqués émotionnellement dans le sous-groupe fumeurs.

3.2 La vie sociale en dehors du centre :

La vie sociale des adolescents en dehors du centre n'est plus structurée par les composantes institutionnelles, mais subit malgré tout l'influence sociale des habitudes de consommations :

« Mais j'ai rencontré plein de gens [...] Je ne vais pas dire que j'ai rencontré des gens grâce au fait que je fumais. En fait peut-être que si parce qu'à St-Lus y a toujours le groupe qui fume et bien je traînais avec eux parce qu'on fume ensemble et du coup ça m'a fait connaître des gens et tout aussi et c'est cool. » F1 – 15 ans – Ligne 242

Cette influence est notamment décrite de manière rétroactive, en effet les habitudes de consommations influencent les rencontres sociales, mais les connaissances socialisées influencent la consommation de tabac :

« Mais j'ai genre 2 potes qui habitent près de chez moi et quand je les vois et qu'ils fument aussi comme moi, on se dit à chaque fois qu'on finit nos cigarettes 10 minutes après on en fume une autre, 15-20-30 minutes après » M1 – 17 ans – Ligne 63

Inversement les adolescents nous décrivent des dynamiques de groupe ségrégatives vis-à-vis de leurs habitudes de consommations.

« Ouais, quand même. Faut que je me fasse à l'idée que certaines personnes n'accepteront pas que je fume quand je suis avec elle ou des trucs comme ça. Et puis que certaines personnes n'aiment pas l'odeur n'aime pas le fait que ça sente, que ça vient sur eux sans faire exprès. Et du coup je dois me retenir quand je suis avec ce genre de personne. Du coup oui ça joue un peu » F3 – 13 ans – ligne 144

En conclusion la vie sociale des adolescents à l'extérieure du centre est aussi influencée et

organisée autour de la consommation du tabac. Que ce soit dans le contexte scolaire ou dans le voisinage du lieu de vie de l'adolescent, les intrications du tabac sont multidimensionnelles et recouvrent plusieurs aspects du contexte social de l'adolescent. D'autres part les adolescents consommateurs semblent aussi subir une certaine forme d'ostracisme de la part des non-fumeurs qui peut participer à une forme de replis social.

IV. Est-ce que le processus de réhabilitation sociale influence la consommation en tabac ?

Cette question de recherche prend sa source dans le fait que rien n'est entrepris d'un point de vue formel dans l'institution pour lutter contre le tabac. Ainsi nous nous questionnons si le dispositif de soins lui-même est une ressource dans l'acquisition de comportements de santé plus sains pour les adolescents ciblés. Nous observons dans le discours des adolescents une tendance dans la modification des habitudes de consommations. En effet plusieurs communiquent une diminution des leurs consommations au cours des précédents mois :

« Je ne sais pas je me dis que c'est moins pire qu'avant. Avant je fumais beaucoup plus quoi. Et je me dis que c'est un peu mieux que je me suis calmé de ouf. » F1 – 15 ans – Ligne 173

Certains justifient cette diminution par leur admission au centre, où l'organisation institutionnelle encadrerait l'adolescent de manière plus stricte et soutenu, leur laissant moins l'opportunité de satisfaire leurs besoins en cigarettes :

« Du coup j'ai le droit de sortir 15 minutes après avoir mangé et à 13h30. Du coup, j'ai le temps de fumer 2 cigarettes et ça me suffit, on va dire, après le repas. Du coup ça va. Et c'est aussi pour ça que j'ai diminué parce que quand je n'étais pas au centre je fumais tout le temps et maintenant je diminue beaucoup. » F3 – 13 ans – Ligne 87

D'autre part lorsque l'on questionne les adolescents sur l'hypothèse d'introduire des éléments de prévention antitabac dans l'institution les réactions se font mitiger. Certains expriment que l'utilité d'une telle entreprise est limitée :

« Franchement pour moi je crois que ça ne sert à rien. Je crois qu'on connaît tous, à l'heure d'aujourd'hui les effets du tabac et du coup je ne crois pas que ça servirait à quelque chose à part, je ne sais pas. Les préventions de tabac genre...Je ne sais pas il

pourrait faire quoi ? [...] Ouais genre pas laisser sortir les jeunes pour fumer. Nan, mais ce genre de truc ça pourrait énerver pas mal de personnes. Ou bien je connais des gens qui voudraient aller quelque part, un internat ou quoi, et qui disent « interdiction de fumer » et bien ils ne vont pas choisir ça. » F1 – 15 ans – Ligne 224

Cette réaction nous interpelle alors sur les représentations que les adolescents ont de la prévention en matière de soins de santé. Que celle-ci ne se résume pas seulement à de l'information ou à de l'interdiction. Mais bien sûr l'importance du travail motivationnel qui ne s'avère pas centré sur le cognitif, mais bien sur l'activation du sentiment d'ambivalence émotionnelle détectable.

En conclusion nous n'avons pas d'éléments pour qui confirmer ou infirmer le fait que le dispositif de réhabilitation sociale influence lui-même les habitudes de consommations des adolescents. Nous observons que les contraintes institutionnelles elles jouent un rôle, car elles participent à l'encadrement des moments où la consommation de tabac est rendue possible pour les jeunes. Cet encadrement semble être protecteur et induirait une diminution de la consommation chez les jeunes. D'autre part lorsque nous questionnons les jeunes sur la possibilité d'introduire des éléments de préventions antitabac les réactions sont mitigées de par une lecture strictement cognitive de la prévention ou les adolescents assurent être suffisamment informé vis-à-vis du tabac. Cette proposition se heurte à la représentation que les jeunes ont de la prévention antitabac et est directement associée soit à un exercice inutile soit à une nuisance. Il nous semble alors important de lutter contre ces représentations et d'informer de manière claire ce qu'un dispositif de prévention antitabac organisé par l'institution peut offrir à chacun des jeunes concernés ainsi que de poursuivre le travail motivationnel et le renvoi de l'ambivalence.

V. Comment les adolescents contournent-ils les différentes interdictions associées à leur consommation ?

Cette question de recherche porte sur la question des interdictions qu'elles soient légales et parentales. Elle tentera de mettre en évidence les stratégies et les soutiens issus de leurs capitaux sociaux respectifs leur permettant de contourner ces différentes interdictions.

5.1 L'interdiction légale

En Belgique la loi interdit la vente des produits dérivés du tabac à toute personne âgée de moins de 16 ans. Nous observons que dans les faits cette mesure de protection légale n'est que très peu respectée. En effet nous observons dans le discours dans adolescents qu'aucun

d'entre eux, et ce malgré leur âge, rencontrent des difficultés à se fournir dans les commerces :

« [...] les « Pakis » souvent en vendent. Ils ne regardent pas vraiment l'âge, ce n'est pas souvent qu'ils regardent l'âge ils regardent plus ta tête, est-ce qu'il a l'air d'avoir 16 ans ou pas. » F1 – 15 ans – ligne 97

La place des commerces de proximité (« Paki » *) semble être un facteur commun dans le vécu des jeunes. Plusieurs expliquent que ces commerces sont peu regardants vis-à-vis de l'âge. Certains même adaptent leurs offres aux budgets adolescents en leur proposant des cigarettes à l'unité.

D'autre part, les adolescents n'hésitent pas à utiliser leurs réseaux sociaux pour se fournir en cigarettes. En plus des échanges informels lors des rendez-vous de consommation, d'autres adolescents n'hésitent pas à sous-traiter leurs réapprovisionnements :

« Donc j'achète ou parfois je demande à X. vu qu'il a 18 ans et qui a sa carte d'identité du coup je lui donne l'argent et il paye puis il me rend l'argent et voilà. Du coup j'ai toujours un paquet ou alors je donne l'argent à mon frère qui fume aussi. Donc il nous achète un paquet chacun et voilà. » F2 – 13 » ans -ligne 54

Ce recours aux différents acteurs qui composent son milieu social indique que celui-ci oppose peu de résistance aux habitudes de consommations du jeune. Les habitudes de consommations de l'adolescent sont intégrées socialement, elles sont assimilées comme une norme, et ce malgré leur jeune âge et l'interdiction légale. Cette validation peut s'étendre au-delà de l'environnement social direct de l'adolescent et toucher des acteurs sociaux issus de dispositifs professionnels :

« Mon éducatrice m'en donne de temps en temps. Je gratte dans la rue, mes amis aussi » M2 – 15 ans – Ligne 72

Ce qui dénote que le processus de banalisation du tabac touche et s'intègre même dans les dispositifs de prise en charge. Certains acteurs sociaux qui se partagent la responsabilité de la prise en charge de l'adolescent sont susceptibles de participer activement ou passivement à la validation des habitudes de consommations du jeune, et ce malgré des mesures de protection évidentes.

Pour finir, les acteurs essentiels dans le soutien au contournement de l'interdiction de consommer avant 16 ans sont les parents. En effet ils sont les acteurs privilégiés de ce phénomène, ce sont eux qui financent l'adolescent dans ses achats :

« Je reçois un peu d'argent de mes parents plus ou moins chaque semaine, du coup je m'achète un paquet de clopes quand j'en ai plus ou moins envie » F1 – 15 ans – ligne 82

Ils participent directement au réapprovisionnement de leurs enfants de manière passive lorsque les adultes n'ont pas connaissance des habitudes de consommations de leurs enfants. Ceux-ci expliquent alors qu'ils subtilisent des produits du tabac à leurs parents lorsque l'occasion se présente à eux :

« Et du coup ouais j'en prends quand ils prennent des cartouches ou bien quand je n'ai vraiment pas de clopes ils laissent souvent leurs paquets sur la table ou quoi et je prends une ou deux cigarettes. » F1 – 15 ans – ligne 89

Ils peuvent aussi fournir l'adolescent de manière formelle et structurée, ou les parents pourvoient de manière organisée des produits du tabac pour leurs enfants, et ce malgré la réglementation :

« Oui, parfois ma mère elle m'achète des paquets de temps en temps, parce que maintenant elle sait que je fume et tout ça. » F2 – 13 ans – Ligne 65

En conclusion l'interdiction légale est une réglementation peu respectée, qui dans le vécu des adolescents ne présente pas un obstacle à l'accessibilité des produits au tabac. L'adolescent s'organise au sein de son environnement social, au travers des commerces de proximités ou des acteurs tiers présents dans son environnement pour se fournir en cigarettes. Les habitudes de consommation de l'adolescent sont intégrées socialement et elles rencontrent peu ou pas de résistance de la part des acteurs présents dans son environnement social. Les parents jouent un rôle essentiel dans le réapprovisionnement soit de manière directe en étant l'agent pourvoyeur de produits du tabac, soit de manière indirecte au travers des financements (argents de poche) ou par négligences lorsque ceux-ci laissent l'opportunité aux adolescents de subtiliser des produits du tabac.

5.2 L'interdiction parentale :

L'interdiction parentale est un des sujets centraux de cette lecture, car malgré le fait qu'il ne soit développé que dans cette partie il s'articule dans une multitude de dimensions déjà décrites précédemment dans le texte. En effets, une majorité des adolescents interrogés ont été ou sont encore exposés à l'interdiction parentale de consommer des produits dérivés du tabac. Si certains dissimulent, leurs habitudes de consommations certaines ont dû subir certaines formes de confrontation :

« Ma mère a déjà senti un jour que j'avais fumé. Et du coup, elle m'avait fait genre ; ne tombe vraiment pas dans cette merde et tout. Elle m'a un peu engueulé elle a fait genre de la prévention, en mode ne touche pas à ça c'est vraiment de la merde. » F1 – 15 ans – Ligne 104

Dans certaines situations familiales, la question du tabac a pu être intégrée au débat familial. Et les habitudes de consommation ont pu progressivement trouver leur place dans la dynamique familiale :

« Bien sûr au tout début ils ne voulaient pas, comme tous les parents. Mais une fois j'avais 16 ans et mes parents étaient partis en croisière du coup je dormais chez ma sœur, ma sœur me laissait fumer. [...] Elle m'a dit justement, comme j'ai 16 ans, j'ai l'âge légal de fumer, elle m'a proposé d'en parler avec mon père. Du coup ils en ont parlé eux deux puis mon père en parler à ma mère puis c'est devenu un sujet de quand on mangeait. » M1 – 17 ans – Ligne 85

L'interdiction n'est pas un concept fixe, il est soumis à des négociations internes spécifiques au schéma familial et qui évolue dans le temps. Dans certaines familles la question du tabac est encore très sensible et les adolescents mettent alors en places des stratégies pour contourner les interdictions :

« Je fume quand elle n'est pas là et qu'il n'y a personne chez moi. Je l'appelle et je lui demande : « Tu rentres dans combien de temps ? » comme ça je sais que c'est safe. En plus il n'y a pas longtemps j'ai trouvé une planque, faut sortir par la fenêtre, aller sur un toit [...]. » F1 – 15 ans – ligne 136

D'autres expliquent redouter des actes violents de la part de leurs parents si une confrontation directe sur le sujet du tabac venait à se dérouler. Ceux-ci alors expliquent devoir satisfaire leurs besoins de consommation en rue où ils sont exposés aux influences négatives et sans la supervision d'un adulte :

« Ouais à mort. Parfois quand je me trouve des lieux où je risque de croiser une personne que je connais ou qui connaît un membre de ma famille je fais très attention. Je regarde un peu autour de moi s'il n'y a pas quelqu'un que je connais [...] Y a des moments ça m'est arrivé d'arrêter de fumer exprès parce que j'avais peur de me faire chopper. » M2 – 15 ans – Ligne 78

En conclusion l'interdiction parentale peut s'appliquer de différentes façons dans le contexte familial de l'adolescent. C'est un concept complexe qui a tendance à évoluer dans le temps, et qui pousse les adolescents à adapter leurs milieux de vie afin de contourner ces interdictions. Certaines des méthodes utilisées peuvent être s'ajouter aux facteurs de risques de l'adolescent. De plus la réponse familiale aux habitudes de consommations de l'adolescent peut être inadaptée, voire même dangereuse pour la santé physique et mentale de l'adolescent.

.

E. Discussions

Nous ne prétendons pas que les arguments que nous proposons dans cette lecture représentent ou rendent compte d'une réalité de l'ensemble de la population adolescente prise en charge en milieu psychiatrique. Néanmoins, le contexte institutionnel thérapeutique rencontré rend compte d'une réalité décrite dans la littérature : il n'existe pas d'offre de soins systématique quant au trouble de l'usage du tabac en psychiatrie. Notre taille d'échantillon et le profil des interviewés sont nettement insuffisants pour pouvoir prétendre à une quelconque représentativité. Nous espérons avoir reporté ici le reflet d'un fragment de réalité sociale constitué à partir d'information collectée sur le terrain au travers des témoignages et du vécu réel. Nous espérons alors, bien que nous ne puissions pas généraliser nos propos, que cette étude offre un outil conceptuel original pour mieux entrevoir la problématique du tabac en milieu psychiatrique et ses implications dans le contexte social des adolescents. Et dans une certaine mesure nous permettront d'orienter notre réflexion quant aux éléments, qui nous semblent à ce stade-ci pertinents, qui doivent constituer un dispositif de prévention systématique dans la lutte contre le tabagisme en institution spécialisée. De fait dans notre enquête nous constatons que sur les cinq adolescents interrogés quatre d'entre eux présentaient un certain degré d'ambivalence vis-à-vis de la question du tabac, alors que trois adolescents ont formulé le projet d'arrêter/réduire leur consommation de tabac dans le futur.

Au cours de ce travail, nous avons formulé plusieurs questions de recherche qui tentent toutes de mettre en évidence les intrications entre le contexte social des adolescents et la consommation du tabac. Cette démarche a pour objectifs de situer les adolescents et leurs profils de consommateur complexes dans toutes les dimensions que nous avons jugées pertinentes. Ce travail n'a pas pour but d'être exhaustif, mais bien d'orienter la réflexion quant à un phénomène qui est encore trop peu problématisé qui est celui de la consommation de tabac en psychiatrie. À notre connaissance bien peu de moyens sont mis en place aujourd'hui pour prendre en charge la question du tabac en institution.

Nous avons donc été à la rencontre des jeunes afin de comprendre quels sont les mécanismes qui ont participé au développement des habitudes de consommation, comment celles-ci s'expriment-elles au quotidien et comment celle-ci influence leur vie sociale et leur qualité de vie. Nous comprenons que la consommation de substances psychoactive n'est pas seulement un marqueur d'identification aux groupes des pairs, mais aussi une réponse comportementale de l'adolescent à un contexte de vulnérabilité. Ces vulnérabilités ont des origines plurifactorielles, elles sont disséminées dans toutes les dimensions qui composent l'individu, ce qui nous pousse à plébisciter l'approche globale dans notre réflexion.

Limites de l'étude :

L'étude a été menée auprès des adolescents résidents dans le centre à un instant précis. Cette étude n'étant pas suivie dans le temps, elle n'est pas représentative du flux de patient entrant et sortant de l'institution. Ainsi cette « photographie » de la problématique ne reflète pas avec fidélité l'ampleur réelle de la problématique.

Nous réalisons que nos résultats sont contextualisés et peu représentatifs, par les spécificités institutionnelles de la plateforme de soins sondée, ce qui est un effet désiré, mais aussi par la taille très limitée de notre échantillon (n=5). Ceci nous pousse à nous interroger sur la validité des résultats observés. Malgré cela il est important de considérer le fait que les services spécialisés ont une capacité d'accueil limitée, qui limite donc la taille de notre échantillon.

Les données récoltées sont l'aboutissement d'un travail relationnel visant à consolider l'alliance thérapeutique et la relation de confiance entre soignant/soigné. Il est important de noter que le stage que nous avons presté était de 60 heures ce qui est court pour favoriser ce type de lien. En conclusion la qualité des données a sans doute été impactée par cette organisation/temporalité particulière. Il est donc envisageable que certaines données récoltées soient questionnables.

La méthodologie qualitative intègre la subjectivité de l'analyste comme partie intégrante du processus. En effet, que ce soit au niveau des questions de recherches formulées, du choix du terrain d'observation, de la construction du guide d'entretien et de l'analyse conceptuelle, toutes les étapes qui constituent notre démarche sont éminemment influencées par des composantes personnelles. Il est important de prendre cet aspect en considération afin d'intégrer cette démarche avant tout comme un processus et un positionnement personnel.

Cette étude fait plusieurs fois mention du statut socio-économique sans jamais l'explorer dument. En effet, il existe plusieurs méthodes validées qui permettent cette évaluation (ISE). Au moment de la collècte de données, du fait de nos représentations sur le déroulement d'un entretien individuel et du fait des spécificités de notre public (durée mobilisation attentionnelle restreinte), nous nous sommes orientés vers la composante relationnelle de l'échange. Nous étions en effet peu désireux de surinvestir les échelles d'évaluations du fait des composantes très (« trop ») structurantes. Malheureusement, ce positionnement s'est progressivement transformé en lacune au cours de la réalisation de ce travail. Nous reconnaissons maintenant la nécessité d'une telle information dans le propos que nous essayons d'argumenter.

F. Conclusion et perspectives

Nous avons observé que l'initiation au tabac se produit invariablement dans des contextes sociaux spécifiques. Nous savons désormais que le processus d'initiation au tabac est processus d'initiation sociale ce qui justifie que chaque expérience rapportée par les adolescents interrogés exprime l'influence d'un tiers dans ce processus. Nous constatons que le milieu scolaire et le milieu médical sont visiblement des contextes d'initiations plus récurrents. Cette information nous pousse à nous interroger plus avant sur la nécessité d'une politique de promotion de la santé plus poussée dans ces environnements.

D'autre part l'influence familiale joue un rôle déterminant dans les habitudes de consommations. Le dispositif familial peut participer soit positivement au travers un positionnement éducatif congruent et soutenant, soit négativement au travers un dysfonctionnement du rôle parental vis-à-vis de l'abandon des mesures protectrices et la validation passives de comportements négatifs de santé. Nous observons que le dispositif familial peut alors être source de vulnérabilité auprès de l'adolescent ce qui nous pousse à intégrer les parents dans un processus de réflexions quant aux dispositifs de préventions. Et d'ainsi reconnaître la place des parents comme alliés dans la création d'un espace d'expression et de réflexions quant aux avantages et inconvénients des habitudes de consommations. Le tabac est une activité qui trouve principalement sa place dans les espaces extérieurs où la supervision des parents ou des soignants ne s'opère plus. Les adolescents n'hésitent pas à investir les espaces extérieurs publics afin de satisfaire leurs habitudes si celles-ci rencontrent des résistances dans la sphère privée. Cette observation nous questionne sur la place de la cigarette dans notre société et comment les adolescents s'adaptent aux contraintes que nous leur opposons.

Nous observons que les adolescents rencontrés ne sont plus dans une phase d'expérimentation, ce sont tous des consommateurs quotidiens et présentent tous divers degrés de dépendance. La question de la dépendance est intéressante dans la mesure où les adolescents décrivent des comportements addicts, mais ne semblent pas intégrer pleinement la notion de dépendance. L'outil que nous avons utilisé pour évaluer la dépendance au tabac est le Test de Fagerstrom qui nous fournit des résultats allant de dépendance « faible » à « moyenne ». Nous déplorons l'absence d'outil d'évaluation validé de dépendance pour les adolescents. Nous savons aujourd'hui que la consommation des adolescents et des adultes présente des disparités et nous nous questionnons sur l'influence de celles-ci sur les résultats du test de Fagerstorm. Nous reconnaissons alors la nécessité d'outils spécifiques au public adolescent dans la question de la dépendance au tabac.

Lorsque nous abordons le sujet du sevrage nous, nous percevons que plusieurs jeunes ont tenté des sevrages sans supervision médicale et sans modélisation des stratégies de prévention ou d'analyse de la rechute, malheureusement sans succès durable. Les causes auto-rapportées d'échec de sevrages sont alors : la trop grande accessibilité aux produits du tabac et l'influence négatives non-soutenante des pairs. Nous avons utilisé l'échelle numérique analogique afin d'évaluer le degré de motivation à se sevrer du tabac. Les résultats sont globalement encourageants avec une large majorité d'individus présentant une motivation moyenne à élevée. De plus nous observons au sein de notre public cible qu'une majorité d'adolescents « contemplant » l'arrêt du tabac. Ils sont nombreux à nous communiquer être conscients de la nécessité de changer leurs habitudes de consommation. D'autre part nous observons que l'intention d'arrêter de fumer est présentent dans le discours, mais les adolescents ont tendance à reporter l'engagement nécessaire au changement des habitudes à plus tard dans le temps. Ces informations couplées à l'auto-évaluation de la motivation aux sevrages nous indiquent que plusieurs adolescents sont, aux moments de la collecte de ces données, des candidats dans une ambivalence consciente des comportements négatifs de santé et qui est donc un terrain propice à un travail d'entretien motivationnel.

D'autre part lorsque nous questionnons les adolescents sur leurs consommations une majorité d'entre eux exprime des complications physiologiques, apparues à court terme. Nous enregistrons de nombreuses plaintes quant à l'impact de la cigarette sur la condition physique des jeunes. D'autre part nombreux nous confient être préoccupés par les conséquences à long terme des complications du tabac ce que nous identifions comme un indicateur positif dans le processus de prise de conscience des comportements négatifs de santé.

Nous observons de manière récurrente que le tabac est un facteur de cohésion sociale pour l'adolescent. Tout d'abord au sein de l'institution ciblée, la grande majorité des adolescents reconnaissent faire partie d'un sous-groupe (le groupe fumeurs). Les fumeurs ont entre eux une dynamique de groupe particulière et spécifique, incluant des rituels communs et des habitudes communes. Le groupe fumeurs est vecteur de valeurs positives comme le soutien émotionnel, de proximités, d'intimité relationnelle qui sont identifiées comme des aspects essentiels du développement naturel de l'adolescence. D'autres parts le groupe fumeurs induit un repli social pour certains de ses membres ce qui entre en conflit avec l'approche communautaire plébiscitée par le centre. En dehors de l'institution, le tabac influence pleinement les rencontres sociales des adolescents qu'elles soient de manière inclusive lorsque les adolescents intègrent des groupes qui partagent les mêmes habitudes de consommation, ou de manière exclusive quand la cigarette représente un facteur d'exclusion.

Nous observons dans le discours des adolescents des modifications des habitudes de consommation depuis leurs prises en charge du centre. Il nous est impossible à ce stade-ci d'affirmer ou de confirmer si les éléments du dispositif de réhabilitation sociale participent à ce changement d'habitudes. Cependant nous observons que les contraintes institutionnelles participent à la réduction des temps où la consommation de tabac est rendue possible. D'autre part lorsque nous questionnons l'éventuel engagement du dispositif de soins dans des mesures de préventions antitabac, les adolescents nous communiquent plusieurs réserves. Nous observons alors que les représentations des adolescents entrent en conflit avec les opportunités proposées par un dispositif de prévention. Nous reconnaissons qu'il est alors nécessaire d'informer les adolescents sur les bénéfices réels que peut apporter un dispositif de prévention systématique contre le tabac ou d'envisager une approche préventive globale et continue au sein de l'équipe thérapeutique sans nécessairement définir un temps limité à cette prévention.

Les mesures légales visant à protéger les individus de moins de 16 ans de s'approvisionner de produits dérivés du tabac ne sont pas efficaces. Les adolescents interrogés ont tous, sans exception, décrit une facilité d'accès aux produits du tabac. Nous observons que les commerces de proximités (« Paki ») jouent un rôle essentiel dans ce phénomène, ils sont décrits comme des sources d'approvisionnement peu regardantes et qui n'hésitent pas à adapter leurs offres aux profils de consommation des adolescents. Cette information nous pousse à suggérer un travail de réflexions avec les jeunes en termes de mise en évidence de situations à risques de favoriser les rechutes.

D'autre par les adolescents nous confient faire appel à leur capital social pour se fournir, que ce soit de manière informelle lors des moments de partages ou bien de manière formelle lorsque certains confient la tâche à des pairs éligibles. De plus dans certaines situations les agents qui participent à ce « trafic » sont des figures d'autorité dans le contexte de l'adolescent, comme ses parents, ses aînés ou même des travailleurs sociaux issus du contexte du jeune. Ce phénomène souligne la banalisation de la consommation du tabac par les adultes qui constituent l'environnement social de l'adolescent. Elle nous pousse à conclure que la problématisation du tabac ne fait pas uniquement défaut du point de vue institutionnel, mais aussi du point de vue social ou les individus qui composent le tissu social de l'adolescent tendent à valider activement ou passivement les habitudes de consommation de celui-ci.

D'autre part, le positionnement des parents est contradictoire selon le contexte de vie. La large majorité des adolescents ont été, ou sont encore exposés à l'interdiction parentale. Ce qui pousse les adolescents à dissimuler leur habitude de consommation. Les stratégies mises

en place sont parfois anodines et n'entraînent pas de complications, mais pour d'autres la stratégie implique de s'exposer dans des environnements potentiellement dangereux, qui peuvent véhiculer des influences négatives et qui s'affranchissent de la supervision d'un adulte. Il est important de noter que l'interdiction parentale est un concept qui semble évoluer dans le temps. Finalement nous observons que l'interdiction parentale peut aussi être vectrice de violence faite sur les adolescents fumeurs.

Perspectives et implication :

Au fur à mesure de notre réalisation nous avons tenté de mettre en évidence la pluralité dimensionnelle que représente la problématique du tabac. Nous préconisons alors que les interventions proposées par un dispositif de prévention systématique rencontrent la même pluralité que la problématique, nous devons étendre nos efforts au-delà de l'individu et inclure des facteurs sociaux et environnementaux dans notre prise en charge.

Ils nous semblent que la première étape dans notre positionnement est la problématisation de la consommation du tabac. Pour se faire, il est indispensable de systématiser la collecte de données et le repérage vis-à-vis des consommateurs. L'évaluation systématique des caractéristiques individuelles, sociales et environnementales de chaque adolescent est essentielle afin de non seulement de contextualiser et personnaliser la démarche thérapeutique mise en place auprès de l'adolescent, mais aussi d'évaluer l'efficacité et l'évolution de la problématique au sein de l'institution. Pour ce faire nous encourageons l'utilisation du modèle socio-écologique afin d'identifier les différentes dimensions concernées par la problématique du tabac.

Ensuite il nous semble essentiel de maintenir et soutenir des éléments dès la psychothérapie de base comme la relation de confiance et l'alliance thérapeutique afin de détecter dans l'expérience de vie de l'adolescent l'évolution de la motivation et des étapes de changements de comportements. Pour ce faire nous encourageons l'utilisation des modèles de Prochaska et DiClemente et les éléments théoriques de l'Entretien motivationnel. Ils nous apparaissent que ce travail peut être incorporé au travail de référence déjà mis en place dans l'institution. L'essence de notre positionnement est de systématiser l'utilisation de ces outils afin de détecter les profils présentant des potentialités de travaux à soutenir ou à éveiller. Sans dépistages il nous est alors impossible de différencier les expériences des consommations et donc adapter notre prise en charge aux éléments cliniques présentés par les adolescents.

De plus ils nous semblent importants de renforcer l'approche communautaire. Nous savons désormais que le groupe fumeurs est porteur de soutien. Ils nous semblent alors pertinents de travailler cette dimension en proposant un focus group avec les adolescents concernés. Cet outil nous permettrait de renforcer la dimension communautaire, de combattre les représentations que nous avons identifiées comme des freins et d'inciter les adolescents à incarner eux-mêmes une dimension soutenante et préventive pour les autres individus qui constituent son sous-groupe social.

Aussi il nous semble important d'intégrer les parents dans notre positionnement et de mobiliser la notion de légitimité que nous avons déjà abordée. Nous avons démontré que les parents jouent un rôle essentiel dans question de la problématique du tabac. Nous recommandons que les parents soient intégrés aux étapes de planifications d'arrêts du tabac si celles-ci venaient à se présenter dans le contexte de l'adolescence. Cela permettrait d'aborder la question du tabac au travers des entretiens familiaux afin que les parents puissent intégrer le travail thérapeutique de leurs enfants de manière légitime et encadrée. Ainsi que d'être un soutien lors de la pérennisation des acquis une fois la prise en charge dans l'institution terminée.

Que faire après ?

Cette question ouvre la réflexion quant à la mise en application des conclusions et recommandation formulée dans ce travail. Notre démarche prend comme point d'origine l'institution et dans un esprit logique de continuité devrait poursuivre son développement au sein de celle-ci. L'objectif fondamental de ce mémoire est de susciter le débat vis-à-vis d'une problématique que nous avons argumentée comme délaissée. Alors, si nous devons poursuivre notre démarche, nous nous porterions garants de l'organisation de ces débats durant les temps consacrés à ceux-ci dans l'institution utilisant ce document comme base de réflexions. Nous pourrions alors identifier les acteurs engagés et porteurs de ressources dans l'équipe pluridisciplinaire, ce qui pourrait permettre la constitution d'un groupe de travail compétent afin de porter la responsabilité de la prévention antitabac au nom de l'institution. La sensibilisation et le soutien du corps médical et psychiatrique seront à mobiliser également dans la mesure où le cheminement motivationnel du patient puisse déboucher vers une demande de soin qui soit intégrée et accueillie avec cohérence par l'équipe médicale. Dans cette idée la question du tabac pourrait être intégrée de manière formelle à l'approche thérapeutique de l'institution en tenant compte des spécificités de celle-ci. Et à terme proposé des interventions personnalisées au public pris en charge au sein du centre personnalisées au fonctionnement spécifique de l'institution.

Bibliographie :

1. Acheson D., (1998). Independent inquiry into inequalities in health report. London : The Stationery Office. Retrieved from : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf. [Consulté le 16 novembre 2018]
2. Boles SM., Jonhson PB., (2001) Gender, weight concerns, and adolescent smoking. *J Addict Dis*, 20: 5-14
3. Bouvet C., (2007). Tabagisme et psychiatrie. *L'information psychiatrique* 2007/1 (vol. 83)
4. Bouvet C., Molimard R., Deberdt JP., et al. Tabagisme et psychiatrie. *Pratiques en santé mentale* 2005 ; (4) : 5-48.
5. Boyce WF., Davies D., Gallupe O., Shelley D., (2008) Adolescent risk taking, neighborhood social capital, and health. *J Adolesc Health* ;43(3):246–52
6. Brener ND, Kann L, Garcia D, MacDonald G, Ramsey F, Honeycutt S et al. (2005) Youth risk behavior surveillance – selected steps communities. *MMWR Surveill Summ.* ;56(2):1–16.
7. Cannard C., (2015). Le développement de l'adolescent : l'adolescent à la recherche de son identité. Louvain-La-Neuve, Belgique : de Boek
8. Chassin L., Presson CC., Sherman SJJ., Edwards SJ., Edwards DA., (1990). The natural history of cigarette smoking : predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychol*, 9 : 701-716
9. Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation – health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva : World Health Organization. Retrieved from : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf. [Consulté le 17 avril 2019].
10. Coppens E. et al (2015) Les soins psychiatriques pour adolescents en Europe : situation actuelle, recommandation et lignes directrices par le réseau ADOCARE. ASBL

ADOCARE – Bruxelles. Retrieved from : <http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-FR-2015.pdf> [consulté le 19 avril 2019]

11. Csikszentmihalyi M. (1997). *Talented teenagers : the roots of succes and failure*. Cambridge University Press.
12. Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Trab Damsgaard M, Graham H, Holstein BE (2011) Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand J Public Health* 39:62–78
13. Elgar FJ, Pfortner T-K, Moor I, de Clercq B, Stevens GWJM, Currie C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010 : a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet* ;385(9982) :2088–95.
14. European Commission. (2017). *Special Eurobarometers 458 : Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. Retrieved from http://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2146_87_1_458_ENG. [Consulté le 29 avril 2019].
15. FARES (2017) *Psychiatrie et gestion du tabagisme : pistes de réflexion*. FARES ASBL – Bruxelles. Retrieved from : https://www.fares.be/static/upload/1/2/Psy-gestion-tabac-2017_HD.pdf [consulté le 30 mars 2019].
16. FARES (2016) *Gestion du tabagisme en institution : de l’opportunité de faire feu de tout bois*. Bibliothèque FARES.
17. Fanshawe TR., et al (2017) *Tobacco cessation interventions for young people*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Nov 17;11:CD003289. doi: 10.1002/14651858.CD003289.pub6.
18. Flay BR, Petraitis J, Hu FB. (1991). Psychosocial risk and protective factors for adolescent tobacco use. *Nicotine Tob Res* ;1 : S59-S65.
19. Gisle L. (2014). *La consommation de tabac*. Dans : Gisle L, Demarest S (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2: Comportements de santé et style de vie*. WIV-ISP, Bruxelles.

20. Graham H, Power C. (2004). Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework. London : Health Development Agency. Retrieved from : https://www.nice.org.uk/proxy/?sourceUrl=http%3A%2F%2Fwww.nice.org.uk%2Fnicemedia%2Fdocuments%2Fchildhood_disadvantage.pdf, accessed 16 November 2015. [Consulté le 17 avril 2019].
21. Grenard JL, Guo Q, Jasuja GK et al. (2006). Influences affecting adolescent smoking behavior in China. *Nicotine Tob Res* ;8(2) :245-255.
22. Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B. (2001). Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health* ;11(1):4–10.
23. Hurrelmann K, Richter M. (2006). Risk behaviour in adolescence : the relationship between developmental and health problems. *J Public Health* ;14:20–8
24. INPES (2013) Le modèle socio-écologique. Centre Universitaire des Saints-Pères, Paris.
25. INSERM (2004) Exposition au tabac chez les adolescents. Collection INSERM - Tabac – Comprendre la dépendance pour agir. Retrieved from : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/149/expcol_2004_tabac_12ch.pdf?sequence=17&isAllowed=y. [consulté le 21 avril 2019]
26. Institut Scientifique de santé publique (2013) Enquête de santé – Rapport 2 : comportement de santé et style de vie. Direction Opérationnelle Santé Publique et Surveillance – Bruxelles
27. ISQ (2015) Environnement social. Gouvernement du Québec. Retrieved from : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/index.html>. [Consulté le 27 mars 2019].
28. KESSLER DA. (2007) Nicotine addiction in young people. *NEJM* 1995, 333 : 186-189

29. Kim HH-S, Chun JS (2018). Analyzing multilevel factors underlying adolescent smoking behaviors: the roles of friendship network, family relations, and school environment. *J Sch Health* ; 88 : 434-443.
30. Lasser. (2000). Smoking and mental illness. *JAMA*, pp. 2606-2610
31. Lewis M., (2002). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (3rd ed.). Philadelphia, PA, US: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
32. Manzella F., (2015). Smoking in schizophrenic patients : a critique of the self medication hypothesis. *World Journal of psychiatry*, pp. 35-46.
33. McVicar D (2011) Estimates of peer effects in adolescent smoking across twenty six European countries. *Soc Sci Med* 73:1186–1193
34. Molcho M, Nic Gabhainn S, Kelleher C. (2007). Interpersonal relationships as predictors of positive health among Irish youth: the more the merrier. *Ir Med J* ;100(8):33–6.
35. Moor I, Richter M, Ravens-Sieberer U, Ottova-Jordan V, Elgar FJ, Pfortner T-K. (2015) Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: the HBSC study. *Eur J Public Health* ;25: S57–60.
36. Moore, S. and I. Kawachi (2017). "20 years of social capital and health research: a glossary." *JECH* 71(5): 513-517
37. Moreno C, Sánchez-Queija I, Muñoz-Tinoco V, de Matos MG, Dallago L, Bogt TT et al. (2009). Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *Int J Public Health* ;54(Suppl. 2):235–42
38. Ojala K, Vereecken C, Välimaa R, Currie C, Villberg J, Tynjälä J et al. (2007). Attempts to lose weight among overweight and non-overweight adolescents : a cross-national survey. *Int J Behav Nutr Phys Act* ;4(1):50–60

39. OMS. (2006). Le tabac : mortel sous toutes ses formes. Edition de l'OMS. Retrieved from : https://www.who.int/tobacco/wntd/2006/materials/wntd_2006_fr.pdf . [Consulté le 27 mars 2019].
40. OMS. (2008) Social cohesion for mental well-being among adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/84623/E91921.pdf, accessed 16 November 2015. [Consulté le 19 avril 2019]
41. OMS. (2014). Recommandations de l'OMS pour la prévention et la prise en charge de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée secondaire pendant la grossesse – Version abrégée. Genève : OMS. Retrieved from : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/201662/WHO_NMH_PND_14.3_fre.pdf;jsessionid=084780A4B7BAFBF879FF9DE7347B6AA9?sequence=1 . [Consulté le 27 avril 2019].
42. OMS. (2016). Tabagisme : aide-mémoire n°339. Edition de l'OMS. Retrieved from : <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>. [Consulté le 27 mars 2019].
43. OMS (2018). Tabagisme : les principaux faits. Edition de l'OMS. Retrieved from : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> . [Consulté le 29 avril 2019].
44. OMS. (2019). Développement des adolescents. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Retrieved from : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/. [Consulté le 27 mars 2019].
45. OMS. (2019). Initiative pour un monde sans tabac. OMS/Maladies non transmissibles et santé mentale, Genève, 2019
46. Paek H-J, Hove T, Oh HO (2013). Multilevel analysis of the impact of school level tobacco policies on adolescent smoking : the case of Michigan. *J Sch Health* ;83(10) :679-689

47. PBERT L, MOOLCHAN ET, MURAMOTO M, WINICKOFF JP, CURRY S, LANDO H, et coll. The state of office-based interventions for youth tobacco use. *Pediatrics* 2003, 111 : e650-660
48. Portes A., (1998) Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annu Rev Sociol* 24:1–24
49. PROKHOROV AV. Theoretically sound approaches to prevention and cessation of cigarette smoking among youths. *Pediatr Pulmonol* 2001 ; suppl 23 : 57 – 59
50. FARES (2017). *Psychiatrie et gestion du tabagisme : Piste de réflexion.*
51. Rasmussen M, Damsgaard MT, Holstein BE, Poulsen LH, Due P. (2005) School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms. *Eur J Public Health* ;15(6):607–12.
52. Reynaud M., Parquet P-J., Lagrue G., (2000) *Les pratiques addictives – Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives– Paris, Odile Jacob*
53. Richter M, Vereecken CA, Boyce W, Maes L, Nic Gabhainn S, Currie CE. (2009). Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *Int J Public Health* ;54(4):203–12.
54. Rolke HB, Bakke PS, Gallefoss F (2009). Relationship between hand-rolled cigarettes and primary lung cancer : A Norwegian experience. *The clinical Respiratory Journal* ;3 :152-60.
55. Scales P. (1999) Reducing risks and building development assets : essential actions for promoting adolescent health. *J Sch Health* ;69(3):13–9.
56. Sherman CB (1991). Health effects of cigarette smoking. *Clinics in Chest Medicine* ;12(4) :643-58.
57. Steinberg L., Morris AS., (2001). Adolescent développement. *Annual review of Psychology* ; 52 :1, 83-110

58. Timo-Kolja Pfortner . Bart De Clercq . Michela Lenzi . Alessio Vieno . Katharina Rathmann . Irene Moor . Anne Hublet . Michal Molcho . Anton E. Kunst . Matthias Richter. (2015) Does the association between different dimension of social capital and adolescent smoking vary by socioeconomic status? a pooled cross-national analysi. Swiss School of Public Health. (SSPH+)
59. Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Välimaa R, Danielson M, Overpeck M. (2006). Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Soc Sci Med* ;62(4):815–27.
60. Unicef (2011) Situation des enfants dans le monde : l'adolescence, l'Age de tous les possibles. Fonds des Nations Unies pour L'enfance – New-York. Retrieved from : https://www.unicef.org/french/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_FR_02092011.pdf. [Consulté le 29 avril 2019].
61. U.S.Department of Health and Human Services (2014). The health consequences of smoking - 50 years of progress : A report of the Surgeon General. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
62. Waylen A, Stallard N, Stewart-Brown S. (2008). Parenting and health in mid-childhood: a longitudinal study. *Eur J Public Health* ;18(3):300–5.
63. WHO (2015) Report on the global tobacco epidemic : raising taxes on tobacco. Retrieved from : https://www.who.int/tobacco/global_report/2015/report/en/. [Consulté le 29 avril 2019]
64. WHO (2016). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study : Internation report fromm the 2013-2014 Survey. WHO Regional Office for Europe – WHO Librery