

Muriel Lascaux

Jean-Pierre Couteron

Olivier Phan

Processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique

P.A.A.C.T.

Manuel



Muriel Lascaux

Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique

Jean-Pierre Couteron

Olivier Phan

sommaire

Préfaces 8

NB Tout au long du manuel, vous trouverez des **exemples cliniques**, signalés par un fond de couleur, et différents encadrés de rappels théoriques ou de précisions en regard du texte principal, signalés par deux coins de couleur.

1

introduction

Intérêt du manuel 15

Fondement du PAACT 18

Origine

Formalisation

Démarche évaluative

2

phase 1 création de l'alliance thérapeutique et première évaluation de l'usage

**L'adolescent ne formule pas
de demande d'aide** 26

**Fragilisation narcissique de l'adolescent
et rapport ambivalent aux adultes**

Une demande portée par l'adulte

Construction de l'alliance thérapeutique 28

Première reformulation, évaluer et organiser
les divergences adulte/adolescent

Deuxième reformulation, trouver une cible
thérapeutique acceptable et non menaçante
pour l'adolescent en validant sa recherche de mieux-être,
la consommation solution, béquille malgré ses limites

Troisième reformulation, impliquer l'adolescent
en passant des contradictions de la consommation/solution
aux paradoxes de l'adolescence

**Identifier et valider des capacités de changement
pour l'adolescent** 35

3

phase 2 accompagnement aux changements des comportements d'usage pour le mieux-être

**Relance du processus d'individuation :
déconstruire la consommation/solution** 45

Co-construction d'un univers de représentation, planter le décor

**Exprimer et nommer les vécus émotionnels
afin de dépasser les "fonctionnalités" de l'usage**

**Accessibilité aux problématiques sous-jacentes
à la consommation : émergence de la complexité
de la situation**

La dynamique du processus de changement 55

**Hiérarchiser les objectifs
et accompagner les changements**

Abandonner la fonction d'intermédiaire du cannabis

4

bilan de fin de thérapie, ouverture vers d'autres approches

Bilan de la thérapie 64

**Revenir sur l'acquis pour le consolider
Avoir un regard tourné vers l'avenir**

Travail spécifique sur la prévention de la rechute 66

**Intérêt et définition
Les méthodes**

Travail sur les problématiques spécifiques de l'adolescence 68

5

soutien à la parentalité

C'est quoi être parent d'un adolescent ? 73

**Passer d'une relation parent/enfant
à une relation adulte/adulte**

Des parents, c'est aussi un couple

Parents, indispensables à la prise en charge

Comment soutenir les parents 76

Modalités et objectifs d'accueil des parents

Construire une alliance thérapeutique avec les parents

**Les dix représentations erronées des parents
sur lesquelles agir**

6

les compléments à la prise en charge

La poly-consommation 87

**Poly-consommation : la règle !
Inclusion de ces paramètres dans le Paact**

Le phénomène du *binge drinking* 93

Notions et état des lieux

**Du normal au pathologique,
les conséquences de l'alcool**

Prise en charge des APIs dans le cadre du Paact

Bibliographie 98

Danièle Jourdain Menninger

Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives



Avec un titre complexe pour un ouvrage précis et pédagogique, le manuel relatif au processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique (PAACT) deviendra à n'en pas douter une référence pour l'ensemble des professionnels de santé de premier recours appelés à accompagner les jeunes consommateurs de substances psychoactives. La pertinence comme la clarté de son propos m'invitent, plus largement, à en promouvoir la lecture auprès de l'ensemble des acteurs placés à leur contact.

Le PAACT est l'aboutissement d'un riche travail de modélisation des pratiques professionnelles et de recherche, soutenu par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), qu'il m'apparaît utile de replacer dans son contexte pour éclairer la lecture de ce manuel que j'ai le plaisir de préfacer.

En 2006, la MILDECA contribuait au financement, pour la France, de l'*International Cannabis Need of Treatment Project* (INCANT), important programme européen de recherche visant à évaluer l'efficacité d'une méthode thérapeutique familiale (*Multidimensional Family Therapy* – MDFT) dans la prise en charge des adolescents abuseurs ou dépendants au cannabis, par comparaison avec la thérapie individuelle.

La recherche INCANT a ainsi permis de valider scientifiquement l'efficacité de la thérapie familiale multidimensionnelle, adaptée à la prise en charge des patients les plus en difficulté, présentant notamment des troubles psychiatriques. Son déploiement a été retenu au titre des priorités du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

Cette recherche a également été l'occasion, en France, de modéliser la pratique ayant cours dans les consultations jeunes consommateurs, dite *therapy as usual*. Strictement formalisée par les professionnels, cette stratégie d'intervention individuelle auprès des jeunes consommateurs de cannabis – ou processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique – a montré une efficacité équivalente à la MDFT sur les consommations les moins sévères. Il apparaissait urgent, dès lors, de favoriser la diffusion de ces connaissances nouvellement acquises.

Doter les professionnels des outils et connaissances adaptés

La nouvelle stratégie de lutte contre les drogues et les conduites addictives du gouvernement, coordonnée par la MILDECA, est délibérément orientée vers les pratiques professionnelles. Pour atteindre un double objectif de prévention et de réduction des consommations comme des risques qui leur sont associés, cette stratégie mise sur la sensibilisation, la formation et l'accompagnement de l'ensemble des professionnels placés au contact des populations les plus exposées, et plus particulièrement les jeunes.

En formalisant les pratiques des professionnels des consultations jeunes consommateurs, cet ouvrage va dans le sens de la promotion de la qualité de l'accompagnement proposé partout sur le territoire aux jeunes qui en ont besoin. Il doit, plus largement, permettre de conforter l'ensemble des professionnels de premier recours sur la pertinence de s'appuyer sur les professionnels des consultations jeunes consommateurs dont la stratégie thérapeutique

est adaptée à l'entrée en contact et à la création d'une alliance avec un public dont on sait qu'il aborde avec réticence l'aide extérieure.

Valoriser les consultations jeunes consommateurs

Créées en 2005, sous l'impulsion de la MILDECA, pour offrir aux jeunes consommateurs et à leur famille une réponse spécifique et adaptée, les consultations jeunes consommateurs (CJC) ont à ce jour pour principal écueil d'être encore trop peu connues des professionnels placés au contact des jeunes, et plus encore du grand public. Lorsqu'elles le sont, elles peuvent parfois renvoyer l'image d'établissements spécialisés dans la prise en charge de la toxicomanie, qui peut se révéler anxiogène pour des jeunes, voire pour leur famille. Bien au contraire, ces consultations jeunes consommateurs – dispositif original en Europe, anonyme et gratuit, situé au carrefour de la problématique de la jeunesse et des conduites addictives – sont un espace d'accueil et d'échange. Elles sont une ressource pour les jeunes, les parents mais également pour les professionnels à la recherche d'informations, ou de conseils pour aborder les conduites addictives, et ce dès les premières consommations. C'est leur ambition, mais c'est aussi leur réalité. D'une certaine manière, cet ouvrage « met en mots les CJC » et participe en cela d'une « destigmatisation » de l'accompagnement propre à favoriser le recours à leurs services.

Aborder les conduites addictives à l'aune de la raison

Cet effort de lisibilité des pratiques, comme la validation par la recherche de leur efficacité, sont, enfin, essentiels pour aborder le processus

thérapeutique dans les meilleures conditions de réussite.

Les conduites addictives, comme l'ensemble des problématiques inhérentes aux consommations de drogues, font encore aujourd'hui l'objet de partis pris idéologiques préjudiciables à la mise en œuvre des réponses adaptées. La priorité doit donc être donnée, à chaque fois que cela est possible, au développement d'actions évaluées.

Pour l'ensemble de ces raisons, la publication de ce manuel est une nécessité pour les professionnels, une priorité pour la MILDECA.

Pr Benoît Vallet

Directeur général de la Santé



La fréquence élevée des consommations de substances psychoactives au sein des publics jeunes nécessite de réfléchir à un renouvellement global des approches et des méthodes, afin d'apporter des réponses individualisées à chaque personne concernée. Les constats sont préoccupants : on observe le développement de poly-consommations, les pratiques d'alcoolisation massive, la recrudescence du tabagisme, la persistance d'une consommation de cannabis significative. Les problèmes de santé qui émergent dans la population adolescente ou de jeunes adultes sont souvent en lien avec des comportements à risque, dont les conséquences peuvent être invalidantes à plus ou moins long terme. Chez l'adolescent, la transgression des interdits et la prise de risque qui s'ensuit peut certes contribuer à la construction de l'identité et à l'expression d'une certaine autonomie mais elle peut également exprimer une volonté d'échappement et un besoin d'être reconnu en souffrance.

La prévention, la réduction des risques et l'accès aux soins chez les jeunes constituent de ce fait une préoccupation majeure du ministère de la santé et plus particulièrement de la direction générale de la santé.

La stratégie nationale de santé, engagée par la Ministre des affaires sociales et de la santé, compte d'ailleurs parmi ses priorités le public jeune, la prise en charge des addictions et la prévention.

Les consultations jeunes consommateurs (CJC) constituent un outil majeur dans ce domaine. Elles proposent aux jeunes consommateurs (mineurs ou majeurs) et à leur famille un bilan des consommations, de l'information et du conseil ainsi qu'une aide à l'arrêt des

consommations. Si nécessaire, elles mettent en œuvre une prise en charge brève ou une orientation vers d'autres structures.

Mises en place à partir de 2005, les CJC ont depuis intégré les missions des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dont elles constituent une composante dynamique.

Du point de vue de la santé publique, les CJC se situent au carrefour des problématiques de la jeunesse et de celles des addictions. Les pratiques de ces consultations se fondent donc sur une prise en compte des phénomènes de l'adolescence et sur une position addictologique centrée sur la personne et non sur le seul produit. Elles prennent en compte toutes les substances psychoactives (notamment alcool, cannabis, cocaïne, tabac...), ainsi que les addictions sans produit (jeux vidéo et d'argent, Internet), qui émergent depuis plusieurs années et constituent désormais une préoccupation importante.

Le renforcement de l'implantation de ce dispositif s'accompagne d'initiatives visant à améliorer les pratiques professionnelles dans toutes les structures existantes. Ce sont les professionnels eux-mêmes qui ont pris l'initiative de s'interroger sur la qualité de ces pratiques et qui ont largement contribué à l'approche pluridisciplinaire qui structure le manuel.

Les auteurs du manuel participent pleinement à cette nouvelle phase de l'action du dispositif CJC par la systématisation des méthodes d'abord et de prise en charge qu'il contient. Ils s'inspirent de l'expérience pluridisciplinaire des professionnels du secteur et des acquis de la recherche clinique internationale.

Entretien motivationnel, intervention précoce, thérapie intégrative, prévention expérientielle constituent les principaux leviers de cet enrichissement de l'offre thérapeutique telle qu'elle a vocation à se déployer dans les CJC.

Les propositions du manuel PAACT sont issues de la recherche européenne nommée *International Cannabis Need of Treatment Project* (INCANT), consacrée à un modèle de thérapie familiale (*Multidimensional Family Therapy* MDFT) chez les jeunes. À l'occasion de cette recherche, il est apparu que la méthode MDFT, qui met en œuvre une méthodologie multidimensionnelle et un encadrement plus élaboré, présente une efficacité supérieure dans les cas les plus graves, notamment lorsque les consommations sont très fréquentes ou lorsqu'elles s'accompagnent de troubles psychologiques.

En revanche, dans les cas moins sévères, une thérapie individuelle bien conduite, utilisant les ressources de l'expérience accumulée par la littérature scientifique internationale et celle propre des thérapeutes de CJC, n'est pas inférieure à la MDFT.

C'est donc toute l'ambition réussie de ce manuel qui rassemble et organise les acquis tirés des expériences cliniques de prise en charge des adolescents et des jeunes adultes ainsi que de leur famille et les croise avec les résultats d'une recherche internationale.

Le manuel PAACT doit permettre à ceux qui œuvrent au quotidien de se référer à des éléments méthodologiques validés et d'enrichir leur propre réflexion et leur propre pratique. En effet il ne s'agit pas d'un carcan ou d'une « méthode magique » mais d'un outil, mûrement réfléchi par les soignants qui le proposent.

Il est mis au service du grand projet d'intervention précoce et de prise en charge des jeunes consommateurs, porté par la mission CJC présente au cœur du dispositif spécialisé de l'addictologie.

Je félicite les auteurs et souhaite un plein succès à la diffusion et à l'appropriation de ce manuel par les professionnels du secteur. Ainsi sera assurée une amélioration des pratiques au bénéfice des jeunes consommateurs dont il est question tout au long de ce manuel stimulant.

Philippe Gutton

Professeur des universités

Directeur de la Revue Adolescence

L'accompagnement des adolescents faisant un usage en excès de produits psychotoxiques (y compris l'alcool) est complexe, parfois décevant, souvent inquiétant, presque toujours nécessaire. Le thérapeute est régulièrement isolé sans repère, hanté par le risque d'addiction et de prises catastrophiques. Je considère avec le plus vif intérêt cette formalisation qui cherche à étayer le praticien au travail, le faire réfléchir à plusieurs, assumer les variances cliniques. Nous savons que la demande de ces adolescents est instable, difficile, elle requiert des interlocuteurs formés et personnellement ouverts créant une ambiance familière. Tout au long des suivis, elle mobilise de façon contradictoire leur volonté d'autonomie, c'est-à-dire l'échappée aux diverses dépendances de la vie quotidienne, en particulier de la famille, des institutions, bref du monde de l'adultité, et l'évitement d'une aide psychothérapique, ponctuelle ou régulière, vécue elle-même comme potentialité d'aliénation.

N'est-ce pas l'ambiguïté même du concept d'assujettissement, nécessaire pour gagner une place d'acteur de soi-même au sein de l'environnement socio-politique, mais qui d'autre part impose renoncement, refus aux exigences profondes de l'adolescence ? Ambiguïté qui nous incite à travailler de façon non pas parallèle, mais intriquée avec l'adolescent et avec son environnement plus ou moins en question.

Le pouvoir que l'on fait subir à l'adolescent engagé en particulier dans des conduites d'excès n'est ni une aide à la créativité ni un don de sécurité ; seule l'autorité que je qualifie d'interpersonnelle, amicale, affectivement démocratique est susceptible de faire de l'adolescent, en cette période de métamorphose, un auteur de soi, un sujet en construction, susceptible de contourner les formidables problématiques de la dépendance qui l'assaillent. Le protocole proposé a l'avantage de donner un cadre objectif, extérieur et d'inciter en son sein d'être attentif à la liberté des échanges humains car nous savons que l'alliance, cette co-construction, humanité des liens, a une valeur principale dans toute psychothérapie.

1

introduction

intérêt du manuel

1. Pourquoi ce manuel ? De quoi s'agit-il ?

L'idée de ce manuel est née dans le cadre du travail de relance des consultations jeunes consommateurs (CJC) initié par la DGS et la MILDT. Les études épidémiologiques se suivent et se succèdent, montrant la place que tiennent les usages de substances psychoactives chez les adolescents et les jeunes adultes, (OFDT, 2013 ; Spilka et al., 2012 ; Beck, 2005 ; Richard et al., 2013 ; Spilka & Le Nezet, 2013). Ces usages surprennent autant par leur importance quantitative que par leur diversité qualitative. Ces données épidémiologiques, les études ethnographiques et sociologiques soulignent la nécessité pour les professionnels de faire évoluer leurs pratiques pour mieux répondre à ce qui change dans l'addiction, c'est-à-dire le contexte de rencontre entre les substances et les personnes.

Un premier axe de cette évolution résulte de l'extension des usages. Quand une pratique d'usage se répand comme se sont répandues les pratiques d'usage de substance, elles doivent être appréhendées dans les différents aspects qui les composent. La dimension « multidimensionnelle » de l'addiction est souvent posée et rappelée, mais pas toujours respectée, chaque professionnel la réduisant à ce qui est sa spécialité : l'un va privilégier des facteurs sociologiques, l'autre va insister sur les éléments cliniques, etc. Pourtant une pratique d'usage ne peut se penser hors contexte :

l'accès plus ou moins banalisé et facilité, plus ou moins régulé, les enjeux financiers, le contexte culturel et les pratiques éducatives viennent s'ajouter aux dimensions psychiques et somatiques.

L'intérêt d'un manuel comme celui-ci est d'abord de proposer un cadre permettant ensuite à chacun de formaliser plus méthodiquement son intervention dans les différents domaines qui composent l'expérience addictive. Loin de vouloir imposer une « bonne façon de faire », il veut contribuer à mieux formaliser cet aspect multidimensionnel de la réponse.

Le deuxième axe est celui de l'accompagnement : les usagers sont pour beaucoup d'entre eux dans des situations potentiellement problématiques, par leur degré d'usage, par les habitudes qu'ils génèrent, par les tensions et crises familiales, les difficultés sociales ou scolaires. Pour autant, ils sont très rarement demandeurs d'une aide, encore moins au sens thérapeutique du terme. Refusant le stigmate de la maladie addictive, ne se voyant pas plus « alcool » que « toxico », certainement pas dépendant, ils revendiquent la capacité à contrôler, à gérer. Pour eux, dans une première expression, l'usage est simplement festif, banalisé au nom de la fête du week-end, présenté comme la norme « tout le monde fume... ». L'usager évoque comme un repoussoir la dépendance, associée à la perte de liberté, et présente ses propres consommations comme maîtrisées, tant dans les quantités que dans le rythme. Il s'agit pour lui d'une pratique culturelle tellement partagée qu'elle ne peut être pathologique. Et cet argument lui permet d'éviter une confrontation plus singulière à

ses usages. C'est en prenant en compte cette nécessité d'une rencontre plus en amont d'une simple demande de soin que ce manuel est pensé. Il prend rang dans « l'aller vers » tel qu'il se décline dans les suites de l'*Outreach Work* originaire de la RDR, dans les propositions de « seuils adaptés ». Il fait le lien avec les travaux de repérages précoces/intervention brève et le travail motivationnel. Il prend place dans cette réorganisation des CJC qui les recentre sur une mission, sur une nouvelle façon de travailler avec leurs partenaires dans une logique d'intervention précoce dont il se veut complémentaire, au-delà du seul dispositif de consultation.

Le troisième axe est la place prise par les thérapies intégratives. À l'aspect multidimensionnel des usages répond une nécessité de proposer des réponses qui se déploient dans l'ensemble des domaines et en utilisant différentes techniques. L'apport motivationnel est largement reconnu, notamment dans sa capacité à mobiliser la personne sur des objectifs de changement. L'apport expérientiel est aussi important et complémentaire, il fait une place à une meilleure prise en compte des savoirs et compétences des usagers. L'apport systémique intègre que ces usages se mettent en place dans les relations familiales qui se renégocient à l'adolescence, et dans un contexte compliqué par les mutations sociétales et culturelles.

2. À qui s'adresse ce manuel ?

Ce manuel a vocation à être largement diffusé, pour aider à la nécessaire évolution des pratiques professionnelles des CJC.

Il prendra place dans la série d'outils qui ont été proposés : le guide vert *CJC*, la plaquette de présentation, les formations sur l'intervention précoce, le travail de mobilisation des acteurs de premier recours. Les professionnels des CJC en sont les premiers destinataires. Il ne s'agit pas d'en faire « LE guide des bonnes pratiques », mais de mettre à disposition de ces professionnels les apports résultant de la recherche INCANT (Rigter & Rowe, 2010) et du travail fait sur le fonctionnement des CJC :

- intérêt du MDFT (*Multidimensional Family Therapy*) : l'étude INCANT (*International Cannabis Need of Treatment*) était limitée aux usages de cannabis. Sur ces critères de consommation la MDFT s'est révélée plus efficace que la TAU dans les cas les plus sévères i.e. consommation importante et comorbidité psychiatrique (différence entre les deux traitements significatifs avec un $p < 0,001$). La MDFT a aussi un plus grand impact sur les troubles du comportement. En revanche, sur les consommations de moins de 2 jours sur 3, les deux thérapies ont une efficacité équivalente.

En cas de dépendance, la MDFT a obtenu de meilleurs résultats que la thérapie individuelle (avec $p < 0,01$). Pour les abuseurs, l'étude montre une efficacité équivalente des prises en charge individuelle et familiale.

- L'étude a montré l'intérêt de la formalisation de la thérapie et de sa supervision.

Ce manuel est aussi destiné aux différents personnels qui sont sollicités dans la réponse d'intervention précoce et à ceux du premier recours. Sa lecture peut les aider à mieux rentrer en contact avec les usagers.

Ils y trouveront des éléments complémentaires à ceux du *Guide des CJC* qui faciliteront les prises de contact, notamment sur les premiers temps, ceux de l'alliance thérapeutique, de l'aide à l'auto-évaluation des usages. Il participera de la relance d'une culture commune, dans le respect des spécificités de chacun, tout en instaurant une stratégie d'action coordonnée.

Supervision PAACT

L'objectif de la supervision PAACT est d'offrir au clinicien un cadre sur lequel il puisse s'appuyer pour l'aider à suivre l'adolescent.

Le superviseur aide le thérapeute à identifier la phase dans laquelle il se trouve avec le patient et à évaluer avec lui ce qui a pu être accompli lors des sessions (degré d'alliance, autoévaluation, orientations prises au bilan, soutien à la parentalité). Le manuel sert de base et de « langue commune » entre les deux cliniciens afin qu'ils puissent échanger de façon productive. En effet, il est plus approprié de parler d'**intervision sur la base d'un socle de connaissances communes** plutôt que de supervision. Il ne s'agit pas ici d'analyser les mouvements transféro-contre-transférentiels. Dans les équipes CJC où est pratiqué le PAACT, il est préférable d'être deux, même si cet accompagnement est réalisé par une seule personne. Ainsi, au cours de réunions communes, chacun prendra le rôle tour à tour de superviseur.

3. Pour quel type d'adolescent ?

Les limites

Le public concerné sont les adolescents et les jeunes adultes accueillis dans le cadre des consultations jeunes consommateurs, qu'ils viennent d'eux-mêmes ou qu'ils soient adressés par leurs parents ou la justice.

Le PAACT s'adresse préférentiellement aux jeunes ayant un diagnostic d'abus ou de dépendance au cannabis, d'abus d'alcool sans dépendance, et enfin, d'abus d'autres substances psychoactives dans le cadre de poly-consommations.

L'objectif de cette thérapie va tout d'abord être de créer l'alliance thérapeutique avec le jeune, élément clé de la prise en charge, puis de travailler avec lui sur ses consommations. Dans ce sens, le thérapeute va contribuer à l'étayage narcissique, à la remobilisation du processus d'individuation et à l'apprentissage de la gestion de la pression sociale qui banalise l'usage de substances et le recherche de sensations fortes.

Le PAACT est une thérapie individuelle.

Les parents sont inclus dans le processus thérapeutique afin qu'ils puissent soutenir l'adolescent dans sa démarche de prise en charge. Les conseils donnés dans ce manuel servent le thérapeute afin qu'il puisse créer avec les parents un climat de confiance propice à l'obtention de leur soutien.

Une prise en charge complémentaire est recommandée dans les cas suivants :

- dépendance à l'alcool avec existence d'un syndrome de sevrage.
- existence d'une comorbidité psychiatrique avérée
- problématique familiale au premier plan

Scientifiquement, des études ont montré une efficacité supérieure des thérapies familiales systémiques adaptées aux adolescents addicts sur les prises en charge individuelles en cas de conduite addictive sévère chez des adolescents de moins de 16 ans, présentant des troubles du comportement associés (Hendricks, 2012 ; Schaub, 2014).

fondements du PAACT

1. Origine

Le PAACT découle d'un travail de formalisation des pratiques cliniques utilisées dans les consultations jeunes consommateurs (CJC) qui détaille l'accompagnement thérapeutique et en explicite les modalités, le processus ainsi que les principaux courants d'influence théorique. Le manuel ici présenté est un guide méthodologique, il s'enrichit des caractéristiques du thérapeute, du jeune reçu et des spécificités de l'institution d'accueil.

La croissance des demandes d'aide formulées par des adultes résulte de la hausse de la consommation de cannabis chez les adolescents. Elle a dynamisé les échanges entre des acteurs de terrain et politiques sur le type d'accompagnement à proposer à ce public : doit-on privilégier la prévention face aux risques d'escalade vers d'autres produits ou doit-on se concentrer sur l'importance de la fonction du cannabis pour l'adolescent et sur les conséquences que la consommation induit ? Elle a généré une clinique relativement nouvelle à l'interface entre prévention et psychothérapie, adaptée à des adolescents qui n'expriment souvent aucune demande d'aide.

En 2006, il existe en Europe une multitude de réflexions et d'initiatives locales dont aucune n'a fait l'objet d'une recherche scientifique alors qu'aux États-Unis une étude comparative (*Cannabis Youth Treatment, CYT*) a été menée sur l'efficacité des thérapies pour adolescents présentant un abus ou une dépendance au cannabis, en 1998 (Denis *et al.*, 2002). La démonstration de la supériorité du modèle

thérapeutique familial MDFT (*Multidimensional Family Therapy*) encourage les représentants de santé européens à mettre en place le projet de recherche INCANT (*International Cannabis Need of Treatment*), essai clinique randomisé comparant son efficacité à celle des pratiques cliniques habituellement proposées. L'objectif étant ensuite d'implémenter les modèles thérapeutiques reconnus comme efficaces au sein des consultations spécialisées (Rigter *et al.*, 2010).

Les exigences scientifiques imposent à chaque pays participant de définir ses pratiques habituelles, formalisées en programme thérapeutique. Constatant l'hétérogénéité des pratiques, l'étude française distingue et compare les pratiques cliniques non formalisées avec une thérapie formalisée au plus près de ce qui se fait sur le terrain. Ainsi, trois modèles thérapeutiques ont été comparés : la MDFT, la thérapie formalisée et la thérapie non formalisée (Lascaux *et al.*, 2010).

L'étude a ainsi permis l'amélioration descriptive et la validation scientifique d'une proposition thérapeutique pour adolescents usagers de cannabis, désormais nommée Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique – PAACT.

2. Formalisation du PAACT

La construction d'un modèle thérapeutique passe par plusieurs étapes (Kazdin, 2004). Celles de la formalisation du PAACT ont été les suivantes :

- la compréhension de la conduite addictive au cannabis chez les adolescents ;
- la description de la prise en charge à partir des approches thérapeutiques existantes et

de l'expérience clinique des professionnels de terrain ;

- l'évaluation comparative de l'efficacité du modèle décrit a priori sur le symptôme cible et les troubles associés, par rapport à un modèle thérapeutique non formalisé ;
- l'analyse des mécanismes de changement au cours du processus thérapeutique ;
- l'amélioration du modèle et la définition des indications thérapeutiques ;
- les possibilités de généralisation de la thérapie.

Le travail effectué à chacune de ces étapes permet aujourd'hui de définir le « squelette » du PAACT en termes de modalités de suivi, de processus thérapeutique et d'influences théoriques majeures.

Les modalités de suivi :

- L'adolescent est reçu par le thérapeute une fois par semaine.
- Les parents sont systématiquement reçus lors du premier entretien puis deux à trois fois seuls.
- Des bilans ponctuels avec l'adolescent et ses parents sur l'évolution de la thérapie sont possibles au cours du suivi.
- La durée de l'accompagnement thérapeutique est variable mais est en moyenne de 5-6 mois.

Un processus thérapeutique qui se déroule en deux phases et s'achève par un bilan :

- Une première phase d'un à deux mois qui correspond à la construction de l'alliance thérapeutique, l'évaluation de la situation et la définition d'objectifs.
- Une deuxième phase de trois à quatre mois durant laquelle le thérapeute accompagne

l'adolescent dans la mise en œuvre des changements, des plus réalisables aux plus difficiles, dans le but de renforcer sa confiance en lui et d'atteindre les objectifs fixés, notamment au niveau de la consommation.

- Ce travail s'achève par un bilan qui consiste, d'une part à revenir sur le parcours thérapeutique effectué pour consolider les changements et à prévenir la rechute et, d'autre part, à préparer les projets futurs. Tout au long de cette thérapie le thérapeute est supervisé, d'une part pour accompagner l'adolescent et d'autre part pour garantir la conformité au modèle.

Phase 1

Construction de l'**alliance thérapeutique**
évaluation de l'usage
et de la situation



Phase 2

Travail sur
la **gestion**
de la consommation
les **problématiques**
associées

+ bilan

Processus thérapeutique du PAACT

Le PAACT est une thérapie intégrative de type éclectique. Il s'agit d'une intégration assimilatrice, c'est-à-dire d'une combinaison de stratégies thérapeutiques provenant d'approches différentes dans l'objectif d'un maximum d'efficacité.

Les principales approches thérapeutiques utilisées sont les suivantes :

- L'approche motivationnelle pour amorcer l'initiation du processus de changement (Miller & Rollnick, 2002).
- L'approche expérientielle centrée sur le vécu expérientiel de l'usage de substances psychoactives (Couteron, 2001; Therrien, 2006).
- L'approche cognitive avec son analyse fonctionnelle et l'identification des facteurs déclencheurs qui initient et maintiennent la consommation (Beck *et al.*, 1993).
- L'approche psycho-dynamique favorisant la capacité d'*insight* et de verbalisation des préoccupations de l'adolescent (Hachet, 2014; Jeammet & Bochereau, 2007; Gutton, 2005).

3. Démarche évaluative : validation scientifique

L'intérêt de cette formalisation des pratiques cliniques utilisée dans les CJC a été renforcé par les résultats validés sur les 120 adolescents inclus dans la recherche INCANT en France (Phan *et al.*, 2011). D'après l'échelle *Time Life Follow Back* (TLFB) qui détermine le nombre de jours de consommation sur 90 jours, en cas de situations dites « peu sévères »¹, moins de 75 jours de consommation sur 90, les deux thérapies permettent une réduction significative de l'usage de cannabis sans différence d'efficacité mais en cas de situations dites

« sévères » de dépendance, plus de 75 jours de consommation sur 90, la thérapie familiale (MDFT) est plus efficace².

La thérapie « habituelle » nécessitant moins de moyens (temps de thérapie et de supervision) que la MDFT est donc plus pertinente dans les cas de situations « peu sévères ».

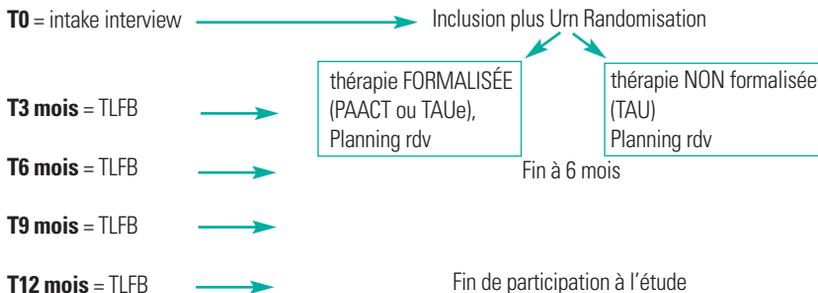
PAACT (ou TAUe, dans le cadre de la recherche) a aussi été comparé aux pratiques cliniques non formalisées (ou TAU) à l'aide d'une batterie de tests évaluant les critères suivants: la consommation de cannabis, l'observance thérapeutique, la satisfaction de la thérapie, et 3 facteurs de risque ou de pérennisation à savoir, la sévérité de la consommation, la souffrance de l'adolescent, les relations intrafamiliales³. Le recrutement des patients, l'évaluation et la mise en œuvre des thérapies se sont effectués sur un an, au sein de trois consultations jeunes consommateurs: une au Centre Émergence Espace Tolbiac (EET), rattaché à l'Institut Mutualiste Montsouris, à Paris XIII^e ; et deux au Centre Départemental d'Aide aux Toxicomanes (CEDAT), rattaché au Centre hospitalier de Versailles. La démarche évaluative s'est déroulée parallèlement à l'accompagnement thérapeutique et s'est organisée en différentes étapes (cf schéma 1).

Cette étude a porté sur un échantillon de 73 adolescents mineurs (âge moyen : 16,3 ans), majoritairement masculins (85%),

¹ (TLFB : coefficient de la pente = 0,44, erreur standard = 1,16 ; pseudo-z = 3,18 ; p > 0,05)

² (TLFB : coefficient de la pente = 3,78, erreur standard = 1,21 ; pseudo-z = 3,12 ; p = 0,002 p < 0,05)

³ Thèse de M. Lascaux (2012) : *Intérêt de la formalisation d'une thérapie individuelle pour des adolescents présentant un abus ou une dépendance au cannabis*, sous la direction du Professeur S. Ionescu. Université Paris 8



1. Déroulement de la recherche

diagnostiqués abuseurs (20%) ou dépendants (80%) au cannabis. Parmi eux, 38 ont été suivis avec la thérapie formalisée et 35 avec la thérapie non formalisée.

En dépit de biais méthodologiques (pas de randomisation sur l'une des CJC)⁴, l'analyse statistique des résultats montre que l'efficacité du modèle formalisé est supérieure sur deux principaux éléments : la diminution de la consommation de cannabis et l'observance thérapeutique. Concernant l'évolution des facteurs de risque ou de pérennisation, les deux thérapies ont un impact positif quasi identique.

Conduites addictives

À 12 mois, la diminution du nombre de dépendants au cannabis est de 55% pour PAACT (ou TAUe) contre 40% pour la thérapie non-formalisée (TAU). Le graphique met en évidence une diminution de la consommation par paliers : les dépendants deviennent abuseurs et les abuseurs deviennent « sans diagnostic ».

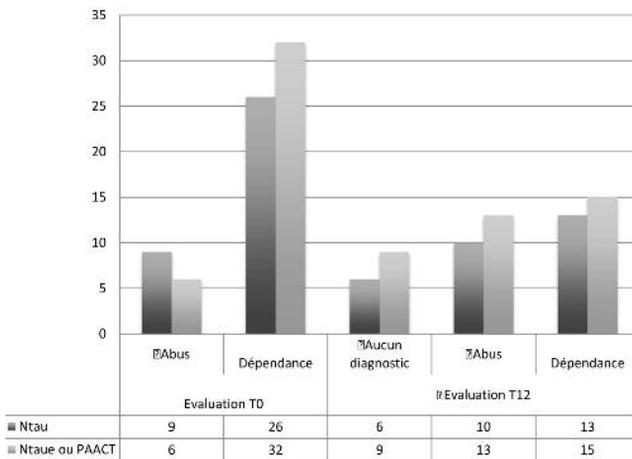
La diminution est plus forte et le nombre d'adolescents « sans diagnostic » plus élevé avec le PAACT (ou TAUe) qu'avec la thérapie non-formalisée alors même qu'à l'évaluation initiale, le pourcentage de dépendants est plus important

dans le groupe PAACT (ou TAUe) que dans l'autre groupe (cf schéma 2).

À l'inclusion (T0), le nombre moyen de jours de consommation chez les adolescents est de 63 jours sur 90, ce qui représente un usage régulier quasi quotidien. On observe une diminution significative à 6 mois, une légère augmentation à 9 mois et une diminution à 12 mois, plus importante chez les adolescents suivis par le PAACT⁵ (ou TAUe). Enfin, les données obtenues à l'échelle ADI-light sur la consommation d'autres substances psychoactives confirment que les adolescents ne compensent pas la diminution de cannabis par un autre produit (cf schéma 3).

⁴ Dans le cadre de la recherche INCANT, la randomisation des adolescents inclus a été différente sur les 3 CJC concernées : sur le centre Émergence, la randomisation s'est effectuée sur trois branches (MDFT/TAUe/TAU), sur le CEDAT de Mantes-la-Jolie sur deux branches (MDFT/TAUe) et sur le CEDAT de Saint-Germain, les adolescents ont été inclus sur la branche TAU sans randomisation. L'analyse des résultats sur le 1^{er} site a montré une différence d'efficacité non significative entre TAU et TAUe en faveur de TAUe (renommée PAACT). Les données de la baseline montrant une grande similitude entre les situations incluses sur les 3 CJC, cette évaluation TAU vs TAUe a été étendue à l'ensemble de l'échantillon et a renforcé cette différence avec des résultats significatifs en faveur de la TAUe (PAACT).

⁵ Cette différence entre les deux thérapies est significative en faveur de la thérapie formalisée à 6 mois (T6 = 4853 F (1, 58) p=0,032 p<0,05) et à 12 mois (T12 = 6194 F (1, 59) p=0,06 p<0,05).



2. Évolution du diagnostic d'usage sur un an (ADI-light)

L'observance thérapeutique

L'observance thérapeutique a été évaluée à partir du planning de consultations tenu par le thérapeute qui en précise le nombre, le type (individuel, parental ou familial) et la durée de l'entretien (en minute). Cf schéma 4.

Le graphique met en évidence pour les deux thérapies, deux éléments :

- la durée de la thérapie, à travers le nombre d'adolescents qui reste en suivi chaque mois : ce qui correspond aux courbes sur le graphique,
- et le temps d'entretien consacré à l'adolescent par mois : représenté par les plages de grisés.

D'après ces résultats, les adolescents restent en moyenne un peu plus longtemps en thérapie formalisée (PAACT ou TAUe) qu'en thérapie non-formalisée (TAU). Par ailleurs, les adolescents sont vus plus souvent en entretien avec la thérapie formalisée qu'avec l'autre, et ce, de manière significative aux 2^e, 3^e et 4^e mois du suivi (T2 F = 6.919 (1, 66), p = 0,011 p < 0,05; T3 F = 5.012 (1, 64) p = 0,029 p < 0,05; et T4 F = 6.636 (1, 56), p = 0,017 p < 0,05).

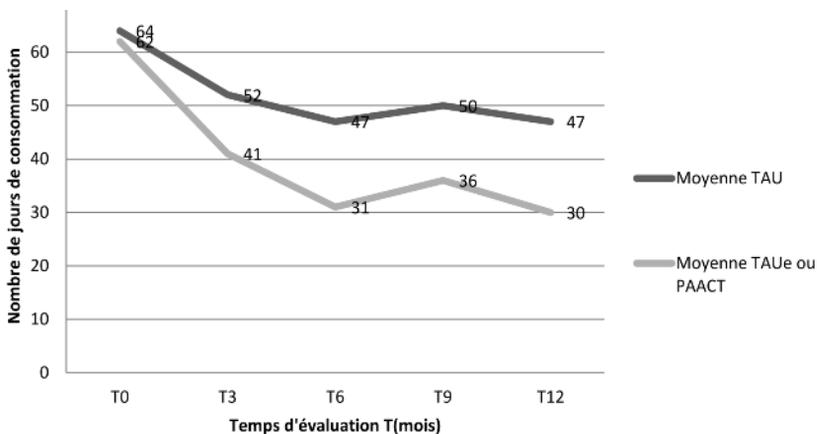
En pratique, la thérapie formalisée est plus

soutenue que celle non-formalisée avec 2 à 3 entretiens par mois contre 1 ou 2 pour l'autre thérapie.

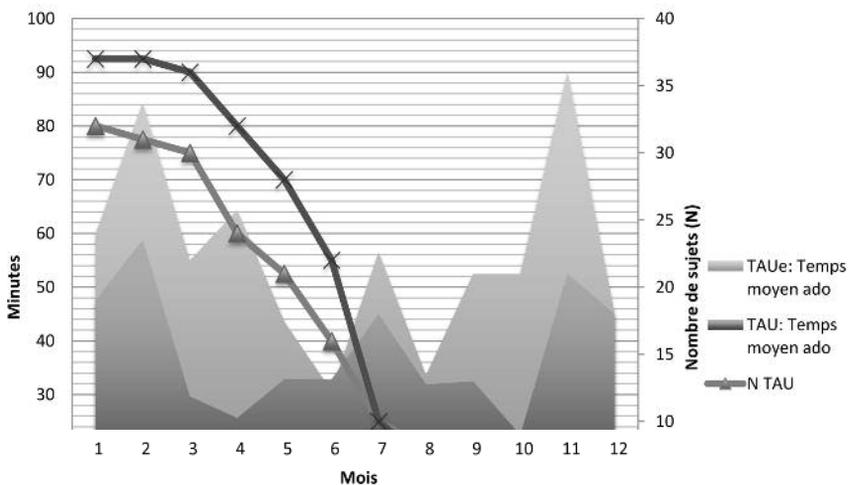
Conclusion

La formalisation associée à la supervision améliore l'efficacité de la thérapie. Peu d'études évaluent le lien entre les performances du thérapeute, les changements du patient et la supervision, la majorité témoignant de l'intérêt de la supervision dans l'apprentissage des techniques psychothérapeutiques, mais l'étude d'Ablon et Jones (2002) a mis en évidence que plus le degré de correspondance avec le prototype du modèle thérapeutique est élevé, meilleurs sont les résultats.

Plus que les attitudes et aptitudes du thérapeute dans la relation thérapeutique, l'importance de la formalisation amène à définir de manière plus claire et donc plus applicable les stratégies d'intervention en fonction des caractéristiques dynamiques du patient qui permettent la création et le maintien d'une alliance thérapeutique.



3. Évolution de la fréquence d'usage sur un an (N jours de conso sur 3 mois) (TLFB)



4. Durée du suivi et temps d'entretien par mois (planning)

2

phase 1
création de l'alliance
thérapeutique et
première évaluation
de l'usage

- 
- Qu'est ce qui amène un adolescent à venir dans une Consultation Jeunes Consommateurs ?
 - Pourquoi ne formule-t-il pas de demande d'aide ?
 - La demande extérieure nécessite-t-elle de prendre en charge le jeune ?
 - Comment entamer un travail d'accompagnement thérapeutique sans demande explicite ?
 - Comment reformuler une demande à laquelle s'allierait l'adolescent ?
 - Comment activer le processus de changement chez l'adolescent ?

Voilà les questions légitimes qui se posent lorsque nous recevons un jeune en CJC pour la première fois. L'enjeu des premiers entretiens est d'obtenir un engagement ainsi qu'un accord mutuel sur les objectifs thérapeutiques pour parvenir à un mieux-être. C'est ce que l'on appelle la création de l'alliance thérapeutique « éclairée ». Le thérapeute est amené à s'impliquer et à repenser sa technique afin que l'adolescent s'autorise cet accompagnement dans le but de vivre autrement.

L'adolescent ne formule pas de demande d'aide

1. Fragilisation narcissique de l'adolescent et rapport ambivalent aux adultes

La demande d'aide est, en principe, à la base de toute prise en charge thérapeutique dont elle sous-tend la démarche de libre adhésion. C'est une adresse qui suppose d'accepter de ne pas se suffire à soi-même, de se reconnaître relié aux autres et ayant besoin d'eux. *In fine*, elle implique de supporter que l'autre ne réponde pas pleinement (la castration) ce qui correspondrait à l'aboutissement d'une thérapie. En effet, « *Il est bien connu que cette notion de demande du sujet est ambiguë et que l'essentiel du travail thérapeutique réside dans l'élaboration d'une demande* » (Plagnol, 2000, p. 121).

À l'adolescence, une telle demande est d'autant plus complexe à formuler que s'y ajoutent des raisons propres à cette période : l'intensité du besoin de l'autre lui donne le pouvoir anxiogène de le perdre s'il y a éloignement ou d'être envahi s'il y a rapprochement. Dans les deux cas, au-delà de la peur, c'est l'identité même du sujet qui peut se trouver menacée. L'adolescent verbalise rarement une demande d'aide, il exprime sa souffrance par un langage non verbal et des troubles du comportement, dont les addictions peuvent faire partie.

Il alterne entre un déni de sa souffrance et un sentiment de toute-puissance revendiquant qu'il peut se débrouiller seul. Lui proposer de l'aide revient à attaquer son estime de soi, sa toute-puissance infantile et sa quête d'indépendance. Mais ne rien faire, c'est prendre le risque de le laisser évoluer vers un dysfonctionnement encore plus fort.

Parce que ce dont il a besoin est aussi ce qui le menace, il faut savoir prescrire à l'adolescent, et parfois lui imposer, ce qu'il n'oserait ni se permettre d'acquiescer ni même de montrer qu'il le désire : « *Ce dont j'ai besoin (à savoir l'autre), parce que j'en ai besoin et à la mesure même de l'intensité de ce besoin, c'est ce qui menace mon autonomie naissante* » (Jeammet, 1990, p. 22).

Paradoxalement, ce premier rendez-vous peut le soulager et sa simple venue en consultation peut être considérée comme un accord partiel avec l'adulte

2. Une demande portée par l'adulte

La demande de consultation est donc rarement portée par l'adolescent lui-même, ce sont les adultes qui en sont à l'origine pour 85% des mineurs reçus et 78% des 18-25 ans (OFDT, 2009).

Au cours du premier entretien :

- les adultes expriment leurs inquiétudes quant aux changements de comportement observés chez l'adolescent et aux difficultés apparues dans les différents champs de vie de ce dernier (scolaire, loisirs, social). Changements qu'ils associent à une consommation de substances psychoactives, le plus souvent de cannabis.
- Les jeunes se montrent « agacés » par le

discours adulte dont ils se sentent éloignés. Ils revendiquent leur liberté, banalisent leurs conduites en se référant à une norme générationnelle (tout le monde fume), ou à un contexte (faire la fête). Les adultes sont désignés responsables de leur insatisfaction et de leur éventuel mal être.

Ex : « *Moi j'ai pas de problème, ce sont mes parents qui ont un problème avec ça, ils pensent que je suis un drogué et que je vais prendre de l'héroïne. Ils ne comprennent pas que tout le monde fume, c'est normal, c'est comme ça maintenant* ».

Les parents sont souvent les témoins des débordements du jeune qu'ils vont tenter de contenir et de limiter. Ils sont à la fois des supports de projection de son angoisse, des repères identificatoires mais aussi les garants d'un environnement protecteur. S'ils s'avèrent défaillants ou mis à mal, c'est au cadre institutionnel médical, social voir pénal de prendre le relais. En effet, 33% des adolescents et 48% des 18-25 ans sont orientés par la justice contre 43% des adolescents et 14% des 18-25 ans par leurs parents (OFDT, 2009).

S'il est considéré comme une réponse suffisante au comportement de l'adolescent, le cadre judiciaire actuel, pénalisant l'usage de cannabis et non celui d'alcool peut venir troubler le rôle attendu des adultes. Le rappel de la pénalisation de l'usage de cannabis peut se substituer au nécessaire travail d'accompagnement de l'adolescent. Répéter le « c'est interdit » ne doit pas faire faire l'économie de revenir sur l'expérience vécue par certains adolescents ou sur les limites éducatives que veulent défendre les parents, d'autant que cette pénalisation vient

Rappel

Les bouleversements pubertaires de l'adolescence (conflits entre agir impulsifs et surmoi impitoyable) et les réaménagements psychiques qu'ils impliquent (deuil long et douloureux de l'enfance) vont influencer son rapport à soi, aux autres et au monde.

L'adolescent va osciller entre l'angoisse, la tristesse et la révolte mais aussi l'enthousiasme, les passions, la jubilation de la découverte.

Une relation d'aide venant des adultes, en particulier des parents, peut être vécue comme insupportable. Les exigences qui lui sont adressées, révèlent chez lui deux sentiments pénibles ou fantasmes angoissants d'humiliation rendant impossible la formulation d'une demande spontanée (Nasio, 2010) :

→ L'humiliation de se montrer défaillant, c'est-à-dire « *tout sauf la honte que l'on me découvre tel que je me sens au plus profond de moi-même* ». Pour l'adolescent le monde est manichéen, d'un côté les forts et de l'autre les faibles, et lui se perçoit plutôt du côté des faibles. Par peur « paranoïde » d'être démasqué et rabaisé, il peut être en permanence sur la défensive en rejetant, niant et attaquant toute demande des adultes.

→ L'humiliation d'être dépendant ou servile vis à vis de ses parents, de se montrer trop conforme à l'enfant idéal, que d'après lui, ils rêveraient d'avoir. Par peur de satisfaire l'attente des adultes d'être leur objet de plaisir, « *je les fais souffrir en faisant tout le contraire de ce qu'ils veulent !* ».

Ce que l'adolescent souhaite avant tout protéger, c'est son amour propre, son estime de soi. C'est pourquoi il va compenser son sentiment d'infériorité par une surestimation pathologique de son moi et une forte irritabilité. « *Derrière ce comportement susceptible, agressif et intransigeant [...] se cache un petit enfant effrayé* » (Nasio, 2010).

Il existe à l'adolescence trois cadres qui vont étayer la construction identitaire du sujet :

- Le cadre propre à l'adolescent
- Le cadre parental
- Le cadre institutionnel (médical, social, pénal)

« banaliser » l'alcool et encore plus le tabac, en focalisant l'attention sur le cannabis. Un usage de cannabis, même ponctuel, peut inquiéter un adulte, du fait du statut illégal du produit, alors qu'un usage de tabac et d'alcool sera toléré plus longtemps et dans plus de circonstances. Dans d'autres cas, l'usage de cannabis sera « avoué » pour cacher des expérimentations d'autres substances, cocaïne ou Ecstasy. Celles-ci commencent à exercer un attrait certain que l'on redoute d'évoquer de peur de la sanction ou d'une réaction d'inquiétude trop envahissante, ou encore d'un enfermement dans les communautés de ressentis et leurs loyautés réciproques. Mais quel que soit le tiers « demandeur », il doit être considéré dans la prise en charge, dans la mesure où il existe une discordance entre la demande formulée par lui et celle exprimée non verbalement par l'adolescent. Le passage nécessaire d'une motivation extrinsèque à une motivation intrinsèque à l'adolescent est un processus en étapes qui peut être facilité grâce aux interventions qui suivent.

construction de l'alliance thérapeutique

1. Première reformulation

évaluer et organiser les divergences adulte/adolescent

Définition

L'alliance thérapeutique est le préalable essentiel à l'engagement thérapeutique des jeunes usagers. Sa construction a souvent lieu dans un moment de crise et sous-contrainte. Il s'agit d'une collaboration, non d'un rapport hiérarchique, où chacun va se sentir appartenir au même travail et capable d'avoir une action sur la situation. Cette affiliation sollicite les compétences de l'usager mais également l'inclusion, même partielle, des parents ou d'un tiers demandeur. Elle est rendue possible par le cadre institutionnel. L'alliance thérapeutique n'est pas uniquement une écoute empathique de qualité mais articule trois éléments primordiaux visant le changement : des objectifs communs, un accord sur les modalités du travail et enfin le développement d'un lien de confiance approprié aux objectifs. Elle n'est pas acquise d'emblée et se construit avec le temps.

Première évaluation

Une grande majorité des adolescents est en contact avec le cannabis et l'alcool, mais seuls certains d'entre eux évolueront vers un usage problématique, c'est-à-dire un abus ou une dépendance (DSM-IV). L'entrée dans la dépendance est progressive, passant par des premiers usages en groupe à une prise quotidienne et massive. La prise en compte des différents niveaux d'usage permet d'identifier ces usages précoces et de s'intéresser aux facteurs de risque de l'addiction. Ce premier niveau d'évaluation de la conduite addictive de l'adolescent est essentiel à la

construction de l'alliance, dès les premiers éléments de la prise de rendez-vous et les premiers échanges, pour poser un cadre de travail validé en commun. Il permet de comprendre l'écart entre les points de vue parents et adolescent et amorce la construction d'un point de vue sur lequel tout le monde peut en partie s'accorder.

Création d'une double alliance

Ce point de vue commun inclut les effets recherchés par l'adolescent, les effets

ressentis, ce que cela apporte de plus dans sa vie socioaffective. Mais il identifie aussi les conséquences négatives, les effets indésirables qui ont fait réagir les adultes, sans les associer automatiquement et exclusivement à une volonté de « se détruire ». Il aide à formaliser ces deux types d'effets puis à organiser les points de vue divergents de l'adulte et de l'adolescent.

Ex : « Moi j'aime bien fumer avec mes potes, on se marre carrément plus, je vois pas le

Rappel : Les différents niveaux d'usage

Usage à risque = les premières prises

Les premières prises à l'adolescence se font souvent de manière collective dans une recherche d'expérimentation partagée avec des pairs (convivialité) et de sensations agréables (effet euphorisant). Pour la majorité, ces prises resteront des expériences isolées sans conséquences pour l'avenir.

Abus / usage nocif

À ce stade, l'usage n'est plus uniquement festif et associé à la convivialité mais est devenu « utilitaire » ou « antalgique ». Les effets des substances, relaxants et hypnotiques pour le cannabis, ressentis lors des premières prises seront mis à profit pour gérer dans l'immédiateté une anxiété, un débordement émotionnel, des angoisses au moment de l'endormissement, des tensions familiales, etc. Le cannabis, n'entraînant pas de troubles de la vigilance trop manifestes, permet à l'adolescent, malgré un état d'intoxication chronique, de maintenir des activités quotidiennes. Même s'il n'existe pas de syndrome de sevrage à ce stade, arrêter sa consommation devient synonyme de retour au réel, ce qui peut être insupportable.

Dépendance

Les études ont montré que les adolescents développent, à quantité consommée égale, plus

volontiers une dépendance au cannabis que les adultes (Chen *et al.*, 1997). Cependant, chez les adolescents, les manifestations les plus souvent observées sont d'ordre affectif et se traduisent par des troubles du comportement.

C'est pourquoi les critères du DSM-IV ne sont pas toujours adaptés pour ce public.

Par ailleurs, bien que de nombreuses recherches scientifiques reconnaissent l'expression d'un syndrome de sevrage au cannabis, certains les contredisent et d'autres encore affirment qu'il ne s'agit pas d'une condition nécessaire ni même suffisante pour établir un diagnostic de dépendance. Il s'agit d'un phénomène complexe qui fait intervenir des facteurs à la fois neurophysiologiques, psychologiques et environnementaux.

Pour le cannabis on retiendra la présence d'au moins quatre éléments sur six durant deux à six jours : colère ou agressivité, anorexie ou perte de poids, irritabilité, angoisse ou nervosité, incapacité à rester en place, insomnie et rêves étranges (Hughes *et al.*, 2004).

De manière générale et ce pour tous les niveaux d'usage, il est important de rappeler l'existence de différences physiologiques et psychologiques individuelles quant à l'influence du cannabis ou d'autres substances psychoactives sur l'organisme.

problème si c'est juste pour rigoler. Quand on mange chez un pote le midi et qu'on fume, l'après-midi je dors en cours au moins ça passe plus vite.»

Les deux points de vue sont donc pris en compte, dans une alliance naissante avec l'adolescent mais qui valide l'intervention des adultes, tout en s'en démarquant. Cela peut se faire lors du premier entretien, parfois un deuxième entretien est nécessaire.

L'évaluation, dite « autoévaluation », de la deuxième phase, amènera l'adolescent à avoir un regard sur lui-même à travers la gestion qu'il fait de sa consommation.

EXEMPLES

DISCOURS D'ADOLESCENT LORS DES PREMIERS ENTRETIENS

Adolescent : « *Mon père il a vraiment un problème avec ça. C'est lui qui devrait venir. On dirait que pour lui c'est un truc super dangereux. Mais il se rend pas compte que maintenant tous les jeunes fument, c'est normal. En plus, il fait des histoires pour rien. Dès que je sors, il croit que je vais fumer, quand je rentre des cours il dit que mes yeux sont rouges, il complètement obsédé par ça. De toute façon la seule chose qui l'intéresse c'est les notes. Moi je n'aime pas l'école, je n'aime pas rester sur une chaise comme ça toute la journée... »*

Adolescent : « *Ma mère, elle s'inquiète pour tout... c'est normal c'est une mère mais il faut qu'elle comprenne que le cannabis ce n'est pas une drogue dure. On dirait que pour eux c'est un truc super dangereux. Mais il faut qu'ils se rendent compte que maintenant tous les jeunes fument, c'est normal. Ils en font*

toujours trop, ça m'énerve. Depuis qu'ils ont vus la CPE, ils sont obsédés par ça et par l'école. De toute façon la seule chose qui les intéresse c'est les notes. Moi l'école, j'y vais, je fais ce qui faut, de toute façon c'est bon je l'aurais mon bac mais c'est tout. Eux, ils voudraient que je fasse des études et tout. Pour le moment, je sais pas trop ce que je veux faire, on verra ».

DISCOURS DE PARENTS LORS DES PREMIERS ENTRETIENS

Père : « *Moi si je viens c'est pour que mon fils arrête le cannabis. Je ne sais pas tout ce qu'il fume, il vous le dira surement à vous mais je pense que c'est beaucoup trop. En plus, on lui donne plus d'argent pour ne pas qu'il puisse fumer mais comme je pense qu'il fume toujours, comment fait-il pour se le procurer?! Je veux qu'il arrête cette consommation, ça le détruit, il gâche son avenir. Ses résultats scolaires sont catastrophiques, à la maison il s'énerve tout le temps, il est irritable, il ne supporte rien, c'est invivable... »*

Mère : « *On a découvert sa consommation, il y a un an, il laissait des sachets en plastique suspects trainer dans sa chambre. On dirait qu'il voulait qu'on les trouve. Mon mari et moi, on lui en a toute suite parlé. On lui a demandé depuis combien de temps ça durait, combien il en fumait et quand, comment il se l'achetait. On lui a dit qu'on ne cautionnerait pas ça, qu'il détruisait ses neurones, que c'était mauvais pour sa santé, et qu'il risquait de gâcher sa vie et que la drogue c'était un cercle vicieux dans lequel il est difficile de sortir car le risque est de prendre d'autres choses. Il nous a dit que ça c'est ce qu'on disait pour faire peur aux jeunes mais que lui*

ne voyait pas les choses comme ça et qu'il ne consommerait jamais autre chose. Nous lui avons dit que c'était interdit et qu'il fallait qu'il arrête tout de suite. On n'en a pas reparlé pendant un certain temps jusqu'à ce que l'école nous prévienne qu'il comptabilisait beaucoup de retards, des renvois de cours, des heures de colles et qu'il risquait l'avertissement disciplinaire. J'ai parlé avec la CPE qui soupçonne une consommation importante de cannabis et qui m'a orientée vers vous... Nous ne savons pas quoi faire, on n'a l'impression qu'il prend tout à la légère, qu'il ne prend pas conscience des conséquences pour son avenir».

2. Deuxième reformulation, trouver une cible thérapeutique acceptable et non menaçante pour l'adolescent en validant sa recherche de mieux-être et la consommation comme béquille

Le comportement de consommation et ses conséquences sont à l'origine de la consultation, mais s'y confronter directement risque de réveiller les fantasmes d'humiliation propre à l'adolescence – la peur d'être dépendant et la peur d'être défaillant (précédemment évoqués). Cela renforcerait ses comportements de fuite et d'agressivité, éloignant de toute prise en charge thérapeutique. Pour consolider le début d'alliance et accompagner l'adolescent dans la modification de sa conduite addictive, le thérapeute va emprunter dans les deux ou trois premiers entretiens des voies moins menaçantes afin de transformer la demande centrée sur la consommation en un lien

thérapeutique. L'adolescent doit trouver un intérêt pour revenir : le thérapeute propose comme but de la prise en charge qu'il ne se résume pas à « arrêter l'usage » mais concerne le « parvenir à un mieux-être ».

Qu'entend-t-on par « mieux être » chez l'adolescent ?

Deux niveaux sont importants à considérer et à distinguer :

- Le premier est PRÉSENT : il correspond à une recherche immédiate, obsédante et irrévocable à la hauteur de l'intensité des angoisses ressenties liées à cette période de vie. Un adolescent dirait :
« Ce qui est le plus important pour moi, quoique ça m'en coûte, c'est d'être bien, avec mes copains, sans qu'on me prenne la tête ».
- Le deuxième niveau, lointain et difficilement représentable, correspond à ce qu'il se souhaite pour l'AVENIR, la vie qu'il trouverait satisfaisante. Les adolescents (même les plus « abimés ») diraient : *« Je ne sais pas ce que je veux faire mais évidemment que je veux avoir une femme, des enfants, une maison et un travail qui me plait et qui paye ! ».* Un cliché ? ! La quête d'originalité, le besoin de se différencier n'est finalement qu'une quête d'appartenance et de « normalité » (être comme tout le monde). Beaucoup disent : « je me sens mieux « avec » que « sans », leurs actions visent avant tout et comme tout un chacun, un mieux-être. On peut alors souligner l'importance « d'être bien » sans dépendre de la seule consommation de cannabis pour tenter d'y parvenir, comme le vrai objectif de la thérapie. Le cannabis ne représente plus une cible à supprimer, mais un moyen trop exclusif qu'il faut faire évoluer.

Effets recherchés/Effets indésirables

Le but premier de l'expérimentation de drogue est la curiosité et le plaisir. Les effets désagréables liés au produit sont des effets indésirables, c'est-à-dire des réactions non voulues et nocives qui peuvent induire l'apparition de troubles supplémentaires.

Ces dernières sont le plus souvent connues de l'adolescent.

Modification de l'humeur

Effets recherchés Une euphorie caractérisée par les fous rires immotivés, une sensation de détente, voire une exaltation thymique

Effets indésirables Humeur dépressive marquée par un malaise anxieux, voire une attaque de panique

Perturbations cognitives

Effets recherchés Une impression agréable d'exaltation imaginative et de stimulation psychique. La perception du temps peut paraître raccourcie.

Effets indésirables

Perturbation de la mémoire de fixation, de la concentration intellectuelle, de l'orientation spatiotemporelle. La perception du temps peut paraître désespérément allongée.

Parfois surviennent des troubles de la communication orale (rupture/ralentissement de la continuité du discours, intrusion de mots inappropriées...).

Altération du vécu corporel

Effets recherchés Un état de bien être, de décontraction, avec la sensation de planer

Effets indésirables Un état de lassitude, de somnolence, de lourdeur, voire de torpeur

Altération psychomotrice

Effets recherchés Sensation de décontraction, de légèreté

Effets indésirables Ralentissement psychomoteur

Modifications sensorielles

Effets recherchés Les effets « perturbateurs » du cannabis vont intensifier les perceptions visuelles, tactiles, auditives, chromatiques, etc. C'est pourquoi les adolescents apprécient particulièrement les effets en écoutant de la musique ou en regardant un film.

Effets indésirables Des doses très fortes peuvent produire des sensations cénesthésiques ou visuelles, mais aussi un vécu paranoïde, une dysphorie, une dépersonnalisation avec déréalisation.

S'accorder sur les enjeux

Le thérapeute va s'intéresser et soutenir les objectifs personnels de l'adolescent, en échangeant sur ses choix, son comportement et ses envies, plutôt qu'étiqueter tout d'emblée comme problématique.

Dans les échanges parents/adolescent, les parents focalisent sur leurs peurs de l'avenir tandis que l'adolescent s'intéresse prioritairement à son refus de souffrir au présent. Dans ces pseudo-échanges, chacun décharge ses angoisses en reproches, accusations et agressivité.

Ils ne se rencontrent pas et ont le sentiment

douloureux de ne pas se comprendre.

La position basse et plus sereine du thérapeute favorise la construction d'une relation d'égal à égal qui instaure une atmosphère de sécurité et de renforcement chez l'adolescent, plutôt habitué à des relations asymétriques et de jugement avec l'adulte. Il s'agit de se dégager des discours empreints d'angoisses qui sont contre-productifs. Cette approche permet à l'adolescent de laisser le thérapeute accéder à son « monde », et plus précisément, aux bénéfices de la consommation et donc aux résistances face à l'abandon de la conduite addictive.

Reformuler ses objectifs, ceux des parents

La création d'une relation de confiance avec l'adolescent est un défi tant le rapprochement avec l'adulte peut être perçu comme une menace à son intégrité et à son autonomie. Cependant, elle reste une condition nécessaire pour la mise en place d'une thérapie. L'objectif n'est pas d'exercer une pression mais plutôt de l'accompagner dans une perception différente de ses usages, qui ouvre sur l'intérêt de changements : l'adolescent peut alors valider des premières étapes, des premiers objectifs qu'il veut essayer d'atteindre.

Changer n'est plus se soumettre à une volonté des adultes mais redéployer ses capacités et acquérir une plus grande autonomie. Le changement de comportement répond aux valeurs de l'adolescent.

3. Troisième reformulation :
impliquer l'adolescent en passant des contradictions de la consommation/solution aux paradoxes de l'adolescence.

Se confronter aux paradoxes de l'adolescence

L'accès au monde de l'adolescent, à ses pensées et envies en fait émerger les contradictions, entre l'envie de grandir et la nostalgie de l'enfance, le besoin de s'affirmer et la peur de se confronter au monde extérieur, l'opposition aux adultes menaçant son autonomie et son besoin d'eux pour grandir.

Pour s'en défendre, il a tendance à rejeter la responsabilité des problèmes sur les autres (« *C'est à cause des profs* », « *S'ils me faisaient confiance ça ne se passerait pas comme ça* »...) en se justifiant par le fait que « *C'est*

d'ailleurs eux [les autres] qui se plaignent » (mécanisme de projection).

Le dépassement de ces paradoxes est indispensable au processus d'individuation.

Ex : au cours d'un même entretien : « *Je ne supporte pas que l'on me dise ce que je dois faire, que l'on me donne des heures de sorties, etc.* » [...] « *Le problème dans cette école c'est qu'ils laissent les élèves faire ce qu'ils veulent, je crois qu'il me faut un peu plus de cadre sinon je fais n'importe quoi !* ».

L'identification de ces paradoxes le confronte à ses contradictions et au dysfonctionnement de son comportement. Le thérapeute va l'accompagner et faire le lien entre ses envies, les difficultés rencontrées pour leurs réalisations et son comportement d'usage :

- Quels sont ses intérêts, ses envies, ses objectifs ?

Les finalités du comportement de l'adolescent sont souvent liées à ses objectifs personnels. Ils peuvent être de trois ordres : cognitifs (autonomie, études), émotionnels (liberté, se sentir mieux), éducatifs (contrainte et risque de sanction). Pour être reconnu comme un objectif, celui-ci doit être réaliste et acceptable.

- Quelles sont les difficultés rencontrées pour y parvenir ?

Il s'agit d'identifier les éléments sources de difficultés, de conflits ou de stress qui viennent entraver et remettre en cause ses objectifs personnels.

- Quels bénéfices/satisfaction apporte le comportement d'usage ?

Les résistances au changement sont à chercher dans les bénéfices de la consommation et non pas dans la prise de conscience des risques.

C'est par crainte de perdre « ce que le produit apporte » que l'adolescent va défendre et protéger sa consommation malgré les conséquences négatives.

Reformuler le conflit entre enjeux et usage

Les paradoxes peuvent être renommés et proposés en termes d'effets contradictoires de la consommation.

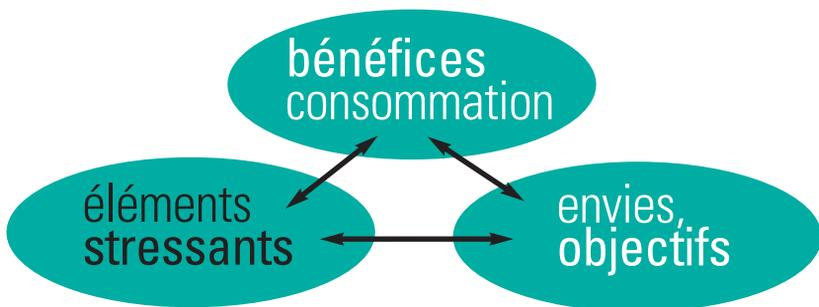
À partir de ces éléments, les contradictions de l'adolescent pourront clairement être nommées avec d'un côté ce que lui apporte la consommation et de l'autre les complications rencontrées qui l'éloignent de ses buts. L'objectif est de souligner l'insatisfaction de sa situation par rapport à ses propres objectifs personnels.

Ex : « *Le cannabis te permet de te sentir libre, et ce qui est le plus important pour toi c'est d'être plus libre, autonome* ». « *Le problème c'est que le fait de fumer inquiète tes parents qui du coup t'interdisent de sortir. Ce qui renforce l'envie d'être libre puisque t'es enfermé chez toi ! C'est le cercle vicieux !* »

Cette reformulation s'appuie sur ce que l'adolescent vit dans l'ici et le maintenant, elle prend en compte ses envies et ses ressentis tout en considérant son comportement comme une tentative de solution. L'adolescent se reconnaît dans ce discours : il se sent compris, estimé, individualisé et non simplement remis en question et disqualifié.

Rectification subjective : intervention du thérapeute avant la fin du premier entretien pour reformuler la demande et ce sur quoi il va aider le patient. Formulation de la cause du symptôme. Lacan fait valoir la nécessité d'une rectification subjective à l'entrée de la cure, amenant le sujet à reconnaître la part qu'il prend dans le désordre du monde qu'il dénonce.

Attention : si au bout de 3 reformulations, l'adolescent ne valide aucune proposition, c'est que l'exploration de trois domaines est insuffisante et qu'il manque un élément crucial. Jamais plus de 3 reformulations



identifier et valider des capacités de changement pour l'adolescent

- **Les objectifs communs et l'accord sur les modalités de travail trouvés, la relation de confiance qui complète l'alliance thérapeutique passe ensuite par la reconnaissance de la capacité du patient à évoluer et à exercer sa responsabilité.**

Il s'agit de dégager l'usager d'un stigmatisme qui lui enlèverait toute estime de soi et de reconnaître, même à travers la consommation, ses tentatives d'atteindre ses objectifs.

« En recherchant l'alliance autour d'objectifs pragmatiques et la valorisation des ressources de la personne, le soignant contribue à désamorcer l'auto-dévalorisation dans lequel l'usager s'est enfermé, même s'il masque cela derrière des postures de prestance et de toute-puissance » (Morel & Couteron, 2008 p.245).

- **La reconnaissance préalable des ressources et capacités éloigne la menace d'une relation d'emprise et ouvre sur l'ambivalence.**

L'adolescent est moins défensif, il s'autorise à parler de ses préoccupations personnelles (gestion des enjeux relationnels, angoisse liée à l'estime de soi) qu'il tente de maîtriser par la consommation.

Il pourra reconnaître l'intérêt de diminuer ou arrêter le cannabis mais en le contrebalançant

par des résistances liées aux bénéfices de la consommation.

Il passe ainsi progressivement du déni et de la projection à l'ambivalence : d'un côté, il reconnaît l'exigence externe et rationnelle (« *Sans la consommation les choses s'arrangeraient (école, famille, etc.)* ») et de l'autre, il ne peut se décider à abandonner quelque chose qui apporte un plaisir immédiat et apaise des tensions internes. L'ambivalence est un mécanisme de défense qui désigne « *un état psychologique dans lequel le sujet présente simultanément des pensées, des réactions ou des sentiments opposés* » (« *Ça me fait du bien* » / « *Ça me détruit* »). Elle renvoie aux angoisses de castration propres à cette période de développement qui se caractérisent par une perte de la toute-puissance infantile. Faire un choix c'est renoncer à quelque chose (de connu) et gagner autre chose (d'inconnu). L'ambivalence est une résistance au changement plus constructive que le déni. Sur le plan psychique, supporter l'ambivalence marque l'accès à la tolérance de la conflictualité psychique, la capacité à supporter une forme d'insatisfaction, le début de la castration (faire avec la complexité, faire avec le manque), signifiant que le processus thérapeutique est en cours. La question de l'ambivalence recentre le travail sur le sujet et son comportement.

Ex : « *Je ne peux pas faire la fête sans être bourré et défoncé mais après j'ai de mauvais résultats scolaires. Si j'arrête, je m'ennuie mais meilleures seront mes notes; si je continue de fumer, ma scolarité sera un désastre. J'aimerai sles deux. Je ne peux pas choisir.* »

• **La prise en compte de la divergence entre les objectifs de vie et la consommation qui entrave le déploiement des capacités d'autonomisation accentue la motivation au changement.**

Bien que la consommation ait ses bénéfices, la reconnaissance de ses dommages collatéraux rend compte de son efficacité partielle et non pérenne.

Les opposer d'emblée et suggérer de faire un choix serait toutefois contre-productif, renforcer la divergence en explorant sincèrement les éléments importants de la situation souhaitée et les bénéfices de la consommation dans la situation actuelle (effets recherchés et construction psychique autour de la consommation) est une étape utile qui amènera l'adolescent à ressentir l'inadéquation de ces deux situations et à envisager un changement de comportement. Et plus le sentiment de divergence sera fort, plus la motivation au changement émergera.

Ce principe d'homéostasie amène le changement par un sentiment d'inconfort qui va semer le doute chez l'adolescent :

- soit il continue sans rien changer et il devra renoncer à ses objectifs,
- soit il envisage de gérer sa situation autrement pour obtenir ce qu'il souhaite.

Attention : s'il choisit la première option c'est que les bénéfices ressentis par la consommation sont plus forts que ses objectifs. « *Ce que t'apporte la consommation est vraiment important... plus que... plus que....* ». Ceci signifie que les bénéfices liés à la consommation et ce qu'il se souhaite sont encore à approfondir davantage.

• **Pour renforcer la motivation au changement, le thérapeute doit transmettre de l'espoir à l'adolescent,**

assurant un passage de l'illusoire à l'espérance. L'objectif est d'utiliser les bénéfices ressentis à travers la consommation comme un moteur de changement plutôt que de les considérer uniquement comme des résistances (utiliser la force de son adversaire): « *se sentir libre* », « *se sentir bien* ».

Ex : « *D'un côté tu veux plus de liberté et de l'autre tu te fais coller en cours, tes parents te privent de sortir et tu dois venir en consultation, il y a quelque chose qui ne fonctionne pas ! Je comprends que tu veuilles être plus libre et je souhaiterai t'aider à l'être !!!* »

L'exploration permettra également au thérapeute d'identifier les facteurs allant dans le sens de la situation souhaitée et les facteurs allant dans le sens du maintien de la situation actuelle. C'est ce que l'on appelle les facteurs de risque et de protection.

L'intérêt d'introduire l'idée que « ça pourrait être autrement » permet d'en faire un but de l'accompagnement thérapeutique et de se poser la question du « comment ? ».

Avant de passer à la décision, voire à l'action, l'usager a besoin d'être rassuré et d'avoir des représentations. Ce qui peut contrebalancer l'angoisse de la perte, c'est la recherche/volonté de contrôle, « contrôler plutôt que perdre ! » ou autrement dit « comment faire en sorte que la consommation n'entrave pas ses intérêts ? ». Avec les adolescents qui restent encore bien imprégnés du fantasme de toute puissance, on proposera de travailler sur le compromis à travers la gestion entre

Rappel : facteurs de risque et de protection

Facteurs de risque : il s'agit de comportements, caractéristiques innées, habitudes de vie, exposition à l'adversité et aux dangers environnementaux.

Facteurs de protection : il s'agit des attributs des personnes, des environnements, des situations et des événements qui paraissent tempérer des prédictions de psychopathologie basées sur un statut individuel à risque.

D'après l'approche éco-systémique, les facteurs de risque ou de protection peuvent être individuels, familiaux ou environnementaux. Un facteur dit de risque peut être un facteur de protection ; c'est son degré d'intensité et son rôle à l'intérieur d'une dynamique particulière qui les caractérisent.

le plaisir et le déplaisir (« avoir / posséder »).
Ce qui prime, c'est « ne rien perdre ».
Avec les jeunes adultes qui ont acquis une plus grande maturité, on utilisera davantage la « balance décisionnelle ». Chez eux, ce qui prime c'est de mieux comprendre leur fonctionnement (« être »). La question de la consommation se repose mais de manière moins menaçante (angoisse de castration). L'accompagnement sur les changements au niveau de la consommation va pouvoir s'engager. Ce travail nécessite de renforcer l'efficacité personnelle du jeune à travers la reconnaissance et la valorisation (étayage narcissique).

Phase 1

Accueil de la demande externe et de la « non-demande »
Créer l'**alliance thérapeutique** avec l'adolescent
1^e évaluation de l'usage

Évaluation des **divergences** parents / ado

Reformulation d'une **cible thérapeutique**

Reformulation des préoccupations personnelles de l'ado

envisager le changement

Phase 2

**J'VE
DETESTE !**



**MOI NON
PLUS...**

EXEMPLES

Contenu des premiers entretiens

Victor

- L'expérience de consommation est décrite comme une fatalité : « Je suis tombé dedans ».
- Il ne s'agit plus d'un comportement mais d'un état : « Je suis comme ça » (comme une identité).
- Il n'exprime aucune attente ni aucun projet. Il n'est pas dans une opposition active, mais rend compte davantage d'une passivité et d'un manque d'authenticité (lisse, pas d'expression émotionnelle).
 - Tout ce qui a trait à son rapport au monde et aux autres est désaffecté et plaqué sur une conception binaire (faut/ faut pas ; bien/mal ; content/pas content) sans que ce soit lié à son vécu.

Pierre

- Il est peu loquace sur ses expériences de consommation et revendique l'innocuité de celle-ci. Il banalise la régularité de sa consommation d'autant plus qu'elle était récente (trois mois).
- Il s'oppose à toute proposition d'accompagnement, insistant qu'il n'a pas choisi d'être là. Il refuse de parler de ses intérêts ou des difficultés qu'il rencontre, à savoir la scolarité et les conflits avec ses parents.
- Il veut se débrouiller seul et qu'on le laisse tranquille.

Louise

- Révoltée face à la pression forte et aux exigences de ses parents en particulier de sa mère.
- Le cannabis n'est pas un problème, il permet de « prendre l'air » et de « se sentir bien ».
- Diminution forcée de la consommation par ses parents (interdit de sorties, argent, tests urinaires), elle aurait aimé faire ce choix, seule.

Création de l'alliance thérapeutique

Dans le but de dépasser son mode premier de relation à l'autre de **mise à distance**, j'ai centré les échanges sur la consommation de cannabis et les effets positifs ressentis. Mon objectif était de passer **par les sensations** de plaisir pour accéder aux vécus émotionnels de tout ordre.

Lui étant très peu préhensible, j'ai également tenté d'aborder les sensations de plaisir sur un **thème moins menaçant** que le cannabis, à savoir les jeux vidéo auxquels il s'adonnait beaucoup.

Pour créer l'alliance, je tente de m'appuyer sur son **agacement (opposition)** en lui disant que c'est tout à son honneur que de souhaiter être autonome et se débrouiller seul. Je lui demande ce que signifie pour lui être « tranquille et autonome » et comment cela pourrait être plus efficace, c'est-à-dire qu'il ait moins de conséquences à subir (comme devoir venir en consultation). Je le **rassure** sur le fait que je ne lui demande pas de changer. Mon objectif était de **m'appuyer sur ses résistances pour engager l'échange** et utiliser cette énergie négative pour entrer progressivement dans son monde.

J'ai **écouté** sa révolte et je lui ai dit que je **comprendais** que face à cette pression ressentie, elle avait besoin d'un **espace** de liberté, d'un « bol d'air » pour respirer et être « tranquille », que c'était nécessaire. Je lui ai donc proposé de l'accompagner à préserver un espace qui pourrait être moins à risque et qui lui permette de **gérer** cette pression.

LES TROIS SITUATIONS LES PLUS FRÉQUENTES

	Évaluation de la situation	Alliance thérapeutique
1	<p>Mise à distance et évitement des émotions négatives par angoisse de la perte de contrôle (angoisse de castration liée à la perte de la toute-puissance infantile)</p>	<p>S'intéresser à la fonction du cannabis. D'un côté mettre en mot leurs vécus, ressentis et émotions. De l'autre côté, identifier et valoriser leurs capacités à gérer les difficultés. Favoriser le processus d'individuation.</p>
2	<p>Ambivalence vis à vis du produit, considéré à la fois comme solution face à la situation actuelle et destructeur pour l'avenir</p> <p>Utilisation d'un objet externe pour gérer des conflits internes : ambivalence entre dépendance et indépendance (lutte antidépressive)</p>	<p>Reconnaître leur ambivalence face à la situation et l'approfondir.</p> <p>Définir des limites entre l'espace psychique interne et le monde externe. D'un côté favoriser l'expression des affects et de l'autre renforcer les compétences de l'adolescent et de son entourage pour asseoir un sentiment d'efficacité. Valoriser leurs projets et motivations en préparant des étapes pour y parvenir.</p>
3	<p>Le cannabis est vécu comme une partie d'eux-mêmes qui est la seule à procurer du plaisir. Le cannabis est un moyen de combler des blessures narcissiques par la création d'une identité de compensation.</p> <p>Toute aide extérieure est rejetée car vécue comme menaçant la perte de l'objet cannabis (angoisse narcissique identitaire)</p>	<p>Alliance difficile à créer.</p> <p>Valorisation de leur volonté d'autonomie, encourager l'échange sur les vécus de plaisir que ce soit avec le cannabis ou à travers d'autres activités.</p> <p>L'objectif étant d'accéder à leurs vécus émotionnels. Envisager un travail de mobilisation des parents dans le but de favoriser l'engagement de l'adolescent.</p>

3

phase 2
accompagnement
aux changements
des comportements
d'usage pour
le mieux-être

- 
- Une fois l'alliance thérapeutique construite, comment amorcer les changements ?
 - Par lesquels commencer ?
 - Doit-on uniquement se centrer sur le comportement d'usage ?
 - Quand doit-on s'intéresser à la problématique de l'adolescent qui sous-tend la consommation ?
 - Le comportement d'abus et de dépendance est-il un moyen ou une finalité ?
 - Existe-t-il des outils et des techniques d'accompagnement ?

Les premiers entretiens ont permis la construction de l'alliance thérapeutique et rendu possible l'engagement de l'adolescent dans le processus de changement. Ils vont laisser place à l'auto-évaluation des prises de produits, favorisant un dégageant des « communautés de ressenti » que forment les consommateurs lorsqu'ils restent entre eux et qu'illustrent les déclarations « tout le monde le fait » ou « tous mes copains fument ». Excluant sans même s'en rendre compte les pairs non-consommateurs, elles accentuent les résistances au changement.

L'auto-évaluation amorce un travail sur deux versants, l'expérience de la prise de produit et la problématique identitaire. Il s'effectue en alternant des temps où l'on approfondit la fonction du produit et des temps où l'on interroge la problématique (Cf. schéma ci-dessous). Il va permettre la déconstruction progressive de « la solution produit » en donnant à l'utilisateur d'autres moyens de mieux-être, en l'ouvrant à un réseau social plus différencié afin d'éviter une rupture prématurée de l'engagement.

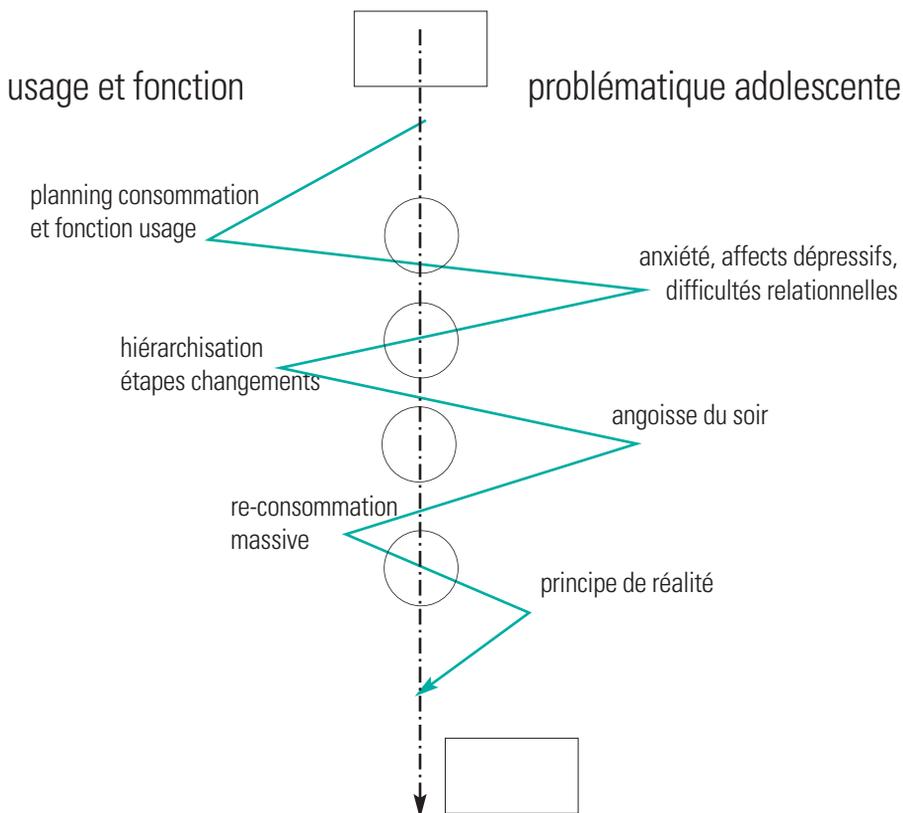


Figure 1 : Processus de la phase 2

relance du processus d'individuation: déconstruire la consommation/ solution

Cette phase va solliciter le processus d'individuation qu'un usage régulier de substance a pu suspendre. La conduite d'usage de l'adolescent évite et contourne tout ou partie du travail de mise en représentation, volontairement ou non dans un contexte sociétal qui banalise l'expérience addictive (Couteron & Morel, 2011).

Elle affaiblit une capacité de symbolisation naissante, notamment avec le rajeunissement des premiers usages, ou avec des événements de vie, des modes de vie qui l'ont déjà mise à mal. Le discours de l'adolescent et ses manifestations émotionnelles (impulsivité, etc.) soulignent ses difficultés à s'appuyer sur un contrôle cognitif, sur la logique et le raisonnement (Karray *et al.*, 2011).

À travers le travail d'aide à l'auto-évaluation, le thérapeute ouvre un espace intermédiaire avec des représentations qui vont aider l'adolescent à le symboliser, le penser et à l'intérioriser pour le faire sien, contribuant ainsi à cette relance de l'autonomisation. Pour réactiver le processus défaillant, quelqu'en soit l'origine, le thérapeute va co-construire un cadre de pensée fiable et sécurisant, instaurant un espace psychique d'élaboration. Il va aider l'adolescent à se

Étape cruciale du processus de séparation-individuation

Au cours du développement psychique, le sujet « se nourrit des autres et {accepte} d'un certain degré de dépendance à l'égard de l'autre » pour se singulariser. L'adolescence est la seconde période de séparation-individuation, celle où l'enfant se dégage psychiquement des objets internalisés (les imagos parentales) pour investir des objets extérieurs – extrafamiliaux et s'autonomiser (Mahler *et al.*, 1975, 1980 ; Blos, 1963). Cette séparation-individuation nécessite un climat serein pour éprouver et supporter l'alternance présence/absence, entre proximité et éloignement. Secondairement, l'intériorisation et la symbolisation de cette alternance apporteront une sécurité intérieure qui soutiendra la capacité de se détacher.

représenter et penser son comportement d'usage dans un contexte moins « dépendant », en lien avec son vécu interne, sa relation aux autres et le contexte sociétal qui est le sien. L'espace de jeu et de pensées ainsi proposé permet à l'adolescent d'y projeter son propre avatar, c'est-à-dire l'incarnation « imagée » de lui-même, ce qui est moins menaçant qu'une confrontation directe et en miroir.

Ce processus fonctionnera d'autant mieux qu'il sera construit à partir des matériaux pragmatiques apportés par l'auto-évaluation des usages dans le climat de confiance résultant de l'alliance thérapeutique.

L'adolescent va être invité à projeter progressivement le vécu quotidien de son propre avatar dans un espace de pensée co-construit avec le thérapeute :

- un décor correspondant aux représentations de son mode de vie, ses habitudes... ;

- un scénario de vie, correspondant à ses vécus, ses ressentis, les effets recherchés du produit... ;
- et une intrigue plus ou moins accessible correspondant à la problématique sous-jacente de l'adolescent.

La co-construction de cet « univers » de projection va avoir la fonction de médiation thérapeutique.

1. Co-construction d'un « univers » de représentation, planter le décor

De même qu'il n'est pas spontanément « demandeur », l'adolescent ne donne pas accès facilement aux différentes sphères de sa vie, dont il n'a d'ailleurs pas toujours lui-même une représentation claire.

Un certain nombre de vécus et d'expériences sont peu saisissables, peu représentables, peu accessibles. Ils sont comme immatériels, indifférenciés.

Or pour évoluer, être modifiés, ils doivent être mis en représentant-représentation (représentation mentale). Rassuré par l'alliance thérapeutique, l'adolescent peut accepter de parler de ses consommations, ouvrant ainsi un accès à son monde qu'il faut utiliser avec respect. Les habitudes, les excès, les limites, les plaisirs, etc. de l'adolescent avec sa consommation dessinent un premier décor quotidien. A travers la gestion qu'il en fait, le contrôle qu'il en garde ou perd, il partage avec le thérapeute ce qui est important pour lui (ses amis, l'école, les tensions possibles mais aussi les plaisirs possibles, etc.).

À travers le travail d'auto-évaluation, l'adolescent peut sortir du paradoxe dans

lequel il enferme sa relation à l'adulte, en construisant un décor « révélateur » (au sens photographique) des enjeux, des contextes et environnements associés à ses usages, c'est-à-dire des « matériaux » dont il se servait pour mettre à distance la question de l'autonomie et de la séparation. Puisque l'adolescent disqualifie l'adulte dans sa capacité à porter un jugement sur ses actes, il va lui être proposé de tenir ce rôle, c'est une forme de dissociation qui est nécessaire à cette évaluation de lui-même par lui-même.

L'auto-évaluation en pratique

• Les produits consommés

Permettre à l'adolescent de déployer et d'évoquer l'ensemble des usages évite la discordance qu'introduit leur statut différent au regard de la loi. L'auto-évaluation et le travail de représentation qu'elle suppose ouvrent la voie à une façon de prendre soin de soi, d'avoir le souci de soi. Reprendre l'ensemble des usages témoigne d'une attention sincère à sa santé, et non du seul souci de la loi.

L'exploration de l'usage va s'intéresser aux produits : quels sont-ils ? Licites et illicites. Quelles sont leurs modalités d'achat : achète-t-il n'importe quoi à n'importe qui ? A-t-il une somme maximum à consacrer ? Il s'agit de partager un premier tableau de l'usage : tabac, alcool, cannabis, autres...

• Gestion de l'usage

L'exploration du rythme d'usage, traditionnellement sous-évalué, est un point nécessaire. L'usager est invité à un décompte précis qui lui permet de visiter sa journée type et de faire un premier repérage des circonstances

Rappel du travail d'aide à l'autoévaluation :

Dans le prolongement de l'alliance thérapeutique, l'auto-évaluation prend la forme d'un entretien « ouvert » ; il permet de détailler les usages, au-delà du simple pointage. Il s'agit d'aider le jeune usager à se représenter et à comprendre ses usages, leurs cycles, et la place qu'ils commencent à prendre dans sa vie, à en augmenter la compréhension et à proposer des solutions de réduction des risques souvent nécessaires en attendant qu'il conforte un choix de changement.

L'auto-évaluation des consommations confronte l'usager à son ambition d'un usage « géré », tant quantitativement que qualitativement (Couteron, 2001). Elle recentre sur l'expérience vécue, l'expérience d'usage. Le but est d'aider à identifier ce qui sert, ou non, de limite.

d'usage : au matin, dès le réveil ou pas, au coucher, etc. Les étapes sont nombreuses à passer en revue : sur le trajet de l'établissement scolaire, à l'arrêt du bus ou à l'entrée de l'établissement, etc. Autre point à questionner, les premières pauses de la journée, celle de la matinée, celle avant le repas, de l'après-midi.

Pour beaucoup d'adolescents, ne pas fumer jusqu'à la fin des cours reste un objectif, une limite qui distingue l'espace commun, partagé avec les parents, celui de la formation, des études, que l'on veut préserver en faisant preuve de cohérence : « *Je consomme pas pendant que j'apprends, jamais dans la journée, c'est pas top...* » et l'espace personnel, l'espace festif, partagé avec les copains, celui qui est « en dehors des cours ». Ces consommations de fin de journée, passage du temps « scolaire » au temps « groupe de pairs »,

avant un temps en famille qui peut varier, sont à quantifier avec précision. Combien de joints entre copains, de « lattes » prises ensemble, etc. ? Est-ce collectivement ou individuellement que se fait cette transition ?

Ex : « *Moi, je ne fume jamais dans la journée, c'est clair ! Pas envie d'embrouille au lycée. Mes premiers joints, c'est en sortant, on se retrouve à 3 ou 4 du village, dans un coin tranquille, et on se relâche avec un joint que l'on fait tourner, avant même de rentrer...* »

La dernière étape est la soirée. Le sommeil n'est pas toujours simple à venir chez l'adolescent, et le temps de travail variable. Les conditions de vie aussi : appartement étroit et sonore, ou maison vaste permettant un relatif isolement, etc. Les conditions matérielles vont influencer ces usages. Mais souvent, un temps fort de la consommation est celui de l'endormissement, que la prise de produit vient faciliter.

La journée-type offre un « premier décor », un autre est apporté par les week-ends. Les fins de journées et soirées donnent lieu à discussion sur le temps « festif » *versus* le temps « travail » mais le week-end et ses soirées sont clairement revendiqués comme « festifs ». L'évaluation va aussi préciser ce cycle : début dès le vendredi soir, intensité et régularité des fêtes du samedi, temps de récupération plus ou moins long le dimanche.

La notion de « festif », utilisée par les adultes pour traduire le « faire la fête » des adolescents, recouvre des modalités bien diverses, tant en termes d'intensité, détente, ivresse, défonce par exemple, qu'en termes de régularité, tous les week-ends ou pas, distinguant les périodes de scolarité et celles de vacances, ou quand

les parents sont séparés, les différences de comportement chez l'un ou chez l'autre.

- **Visibilité du comportement d'usage**

Mais le rythme d'usage n'est pas tout, l'auto-évaluation doit contribuer à préciser la « visibilité » du comportement ? De qui se cache-t-il ? Avec qui consomme-t-il ? Quand il s'interdit de fumer, à tel ou tel endroit, dans tel ou tel moment, est-ce par crainte, honte ou respect de la situation ? « *Je ne consomme pas à la maison... il y a mes frères et sœurs, je veux pas qu'ils soient associés...* ».

Ou à l'inverse, a-t-il commencé à identifier avec qui les consommations sont systématiques, celles et ceux de ces amis avec lesquels il est plus difficile de temporiser, etc.

Le but est d'amorcer une différenciation entre les **limites externes**, celles qu'il respecte parfois de fait, et les **limites internes**, celles qu'il se donne. Ce travail sur l'intériorisation est nécessaire pour l'autonomisation. Il n'est pas toujours accompagné par des familles qui sont débordées par l'état de crise, mais qui pourront alors progressivement y être réassociées.

Ce processus de transformation de l'éprouvé sensoriel indicible en activité de représentation aboutit à une mise en image, une mise en mot. L'éprouvé devient contenu de pensée, donc dicible et partageable. Le corporel devient psychique. La représentation devient un savoir, une connaissance et donc un « objet » d'échange que l'on peut penser, manipuler, transformer... Cette mise en représentation devient une connaissance que l'adolescent a de son usage. Parfois lui-même est surpris de ce qu'il apprend : exemple des

Outils utilisés

Carnet de consommation/planning : donner un carnet de consommation reste un des plus simples moyens de partager ce travail. Sans se substituer à ce qui se dira pendant l'entretien, le carnet permet d'accompagner la semaine, d'objectiver encore plus précisément les usages.

Il peut être donné dès le premier entretien, si l'alliance est suffisante et des objectifs communs validés, il peut venir plus tard si nécessaire. Son utilisation doit rester simple, sans constituer un obstacle à l'alliance, c'est un support pour l'échange et un moyen d'augmenter l'expertise de l'usager sur ses usages.

carnets de consommation « *Je ne pensais pas que ça faisait autant* » ou « *Ah bah finalement je fume jamais le matin* »...

2. Exprimer et nommer les vécus émotionnels afin de dépasser les « fonctionnalités » de l'usage

Ce cadre dessine le décor des usages : selon les circonstances évoquées, les rituels décrits, les exemples donnés, il devient possible de passer du décor au scénario : en détaillant les fonctions et sens de sa consommation, effets positifs recherchés à des fins hédoniques et/ou thérapeutiques (plaisir/soulagement) mais aussi sentiment de liberté, sentiment identitaire, etc. (symbolique). Cet accès aux fonctions et sens va animer ce décor et renseigner le thérapeute sur le versant émotionnel de l'expérience d'usage de l'adolescent. L'auto-évaluation se poursuit naturellement par ces aspects plus qualitatifs, toujours « du point de vue de l'usager » qui va

être aidé et invité à en préciser les « effets ressentis ».

Respectant les objectifs qui ont permis l'alliance, il ne s'agit plus d'en rester au conflit de points de vue (cf. plus haut), ou à l'explicitation de la divergence, mais **d'aborder les fonctions de l'usage, d'explorer plus complètement cette divergence et si possible et nécessaire, les conflits latents**: simple expérience de plaisir, anesthésiant ou régulateur de troubles, etc. Dépasser la vision « fonctionnelle » des usages, chez des adolescents qui n'ont pas toujours pris le recul nécessaire, modifie le regard qu'ils portent sur leurs consommations et le piège ouvert par une consommation « utile ». Concrètement, cet échange se fait en revisitant le décor pour en solliciter cette lecture plus décalée.

Effets recherchés dits positifs

Il s'agit aussi de repérer en quoi certains comportements addictifs aident à surmonter une **souffrance psychologiquement ressentie, quelle que soit son origine**, qu'elle résulte d'une situation sociale, d'un événement de vie (rupture, conflits entre pairs, etc.) ou qu'elle soit le signe d'une problématique plus psychopathologique constitutive. En court-circuitant l'élaboration psychique de cette souffrance, ressentie comme profondément menaçante et dont il peut avoir le sentiment de ne pas être capable de la traiter, le comportement d'usage fonctionne comme une décharge qui vise à maintenir l'homéostasie psychique. Enfin, il dévoilera les cas où l'expérimentation contribue à la symbolisation, devenant un rite de passage, mais avec le risque que l'excès empêche, annihile la symbolisation.

Les consommations du matin sont interrogées au regard du sommeil, des rêves, de l'état au réveil, de l'évitement de la journée ? Sont-elles dans une fonction de remise en marche, vont-elles aider à soulager ce qui est déjà un ressenti de manque ? Viennent-elles gérer ce moment délicat où il faut se reconnecter à la réalité, affronter la journée au collège au lycée ? Sont-elles prises dans des rituels et des habitudes de vie : cigarettes et joints « en commun » avant l'entrée dans l'établissement scolaire, etc. ?

Un état des lieux va être co-construit à partir de ces usages fonctionnels. Il aidera à identifier la lecture qu'en fait l'adolescent : refus de consommer ou pas sur certaines plages horaires au nom d'une cohérence de vie ou, au contraire, impérieuse nécessité de consommer dans d'autres circonstances au nom d'un malaise psychique, d'une tension interne ou relationnelle. Il contribue à différencier les usages qui relèvent de la simple habitude, dont il pourrait se passer et ceux qui semblent « indispensables », celui avant de dormir, etc. La différence portera aussi sur ceux pris en groupe ou individuellement, au vol ou systématiquement. L'utilisation des auto- et des hétéro-contrôles est ainsi complétée. L'usager distingue les effets stimulants, euphorisants, relaxants, conviviaux ou hypnotiques du cannabis, il fait le lien avec ses usages d'alcool, avec d'autres comportements (les écrans).

Il permet aussi de repérer en quoi certains comportements addictifs aident à surmonter une souffrance psychologiquement ressentie, quelle que soit son origine : résultat d'une situation sociale, d'un événement de vie

Motivations en fonction du niveau d'usage

Au-delà des buts premiers que sont la curiosité et le plaisir, ceux qui évoluent vers une conduite addictive ont une deuxième motivation, à savoir le besoin de soupape artificielle.

Type d'usage	Motifs
Usage à risque	Recherche de plaisir, d'expérience, de convivialité, d'ivresse Recherche d'appartenance à un groupe
Abus/Usage nocif	Auto-thérapeutique Fuite de la réalité, Ennui
Dépendance	Perte de contrôle Besoin de consommer

Croyances ou constructions psychiques liées à la consommation de cannabis

En plus des effets biologiques (objectifs) de la consommation d'un produit, on s'intéressera au sens qu'une personne attribue aux effets ressentis. Il s'agit de constructions psychiques liées à des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui permettent de mieux cerner les motivations de l'utilisateur (Streel & Verbanck, 2007).

Croyances ou constructions psychiques	Explication
« <i>Le cannabis m'aide à m'endormir</i> »	Le cannabis mélangé au tabac est une association d'un excitant (tabac) et d'un perturbateur (cannabis). Le tabac réduit la sensation de manque psychique et physique liée à la dépendance, renforcée par l'aspect anxiogène du soir. Le cannabis provoque une modification des perceptions et donne une impression « relaxante » (effet sédatif).
« <i>Le cannabis diminue mon anxiété</i> »	Les circuits neuro-hormonaux que le cannabis emprunte dans le cerveau (circuit de récompense) provoquent une sensation de plaisir qui va contrer le sentiment d'anxiété.
« <i>J'appartiens à un groupe de fumeurs</i> »	Il s'agit d'une particularité sociologique du cannabis, c'est-à-dire qu'il a la capacité de regrouper des personnes d'horizons divers autour d'un même idéal.

(rupture, conflits entre pairs, etc.) ou signe d'une problématique plus psychopathologique.

En court-circuitant l'élaboration psychique de cette souffrance, ressentie comme profondément menaçante et dont il peut avoir le sentiment de ne pas être capable de la traiter, le comportement d'usage fonctionne comme une décharge qui vise à maintenir l'homéostasie psychique. Enfin, il dévoilera les cas où l'expérimentation contribue à la symbolisation, devenant un rite de passage, mais avec le risque que l'excès empêche, annihile la symbolisation.

Effets indésirables dits négatifs

L'exploration va aussi aborder les effets négatifs, ceux qui commencent à inquiéter l'usager ou sont perçus par l'entourage. Ils se manifestent dans des registres divers, difficultés scolaires, modifications brutales de la socialisation, tensions familiales et sous les formes les plus différentes, pertes de mémoire et petits oublis que même des copains remarquent, difficultés de concentration et leur impact scolaire ou au travail, pertes du contrôle du rythme, sentiment de glisser vers une consommation plus forte. Ces effets « négatifs » sont aussi souvent déniés, ou relativisés.

Il est souvent impossible de savoir ce qui est la cause et ce qui est la conséquence de la consommation entre, d'un côté, les effets liés au produit et, de l'autre, les tensions dans la famille et/ou dans l'environnement. Les liens entre l'adolescent et ses environnements, pairs, famille, adultes éducateurs sont ainsi abordés : conflits et tensions intra-famille ; problématique

identitaire et sexuelle ; affect dépressif ; angoisse. Les tensions qui en résultent peuvent sembler être apaisées, atténuées par les consommations qui trouvent dans ces effets une légitimité, marquant l'apparition de la dimension « solution » de la pratique addictive. L'écart entre le point de vue de l'adulte, sensible au danger pour le futur notamment, et le ressenti de l'adolescent, centré sur l'effet solution dans le présent, est alors majeur.

Ces allers retours entre usage, fonctions et conséquences utilisent des compétences formalisées par l'approche expérientielle. L'adolescent prend conscience qu'il utilise des limites souvent encore apportées par l'adulte, ou dépendant d'une situation externe, « *Je ne le fais pas au foot* »... et dont il doit pouvoir s'emparer sans difficulté ni honte. L'approche expérientielle contribue à mieux préciser l'impact de ses consommations sur son mode de vie actuel, et vient **renforcer les motivations au changement**. « *Je ne fume pas avant de prendre mon scooter, je fais pas n'importe quoi...* », « *Je ne me rendais pas compte que j'en étais là...* Enfin, je le sentais, mais je ne me le disais pas... »

La prise en compte de cet aspect

« **multidimensionnel** » va être centrale dans cette phase. Le thérapeute va donc avancer avec la double préoccupation d'augmenter le regard critique de l'usager sur la place « substitutive » qu'occupe l'usage au regard de ce qui serait un travail d'individuation, et d'atténuer et rendre « gérables » les manques ou frustrations ressentis au fur et à mesure qu'il se dégage des usages pour éviter une

rupture de l'alliance. Il va aussi susciter et renforcer les compétences et ressources qui pourront contribuer à l'autonomisation de l'adolescent.

Outils utilisés

- **Balance décisionnelle** : Emeric Languérand et Françoise Bourrit soulignent la fréquence du lien entre changement et ambivalence. L'exploration de l'ambivalence et sa résolution sont donc essentielles dans la clinique des addictions, sans pour autant se réduire à une élaboration systématique et méthodique des avantages et des inconvénients du statu quo et de ceux du changement (Miller, 2008). Ce conflit a été illustré par Janis et Mann (1977) dans la métaphore de la « balance décisionnelle » que le psychologue norvégien Tom Barth a ensuite fait évoluer dans la métaphore du « slalom » afin de mieux rendre compte des processus dynamiques en jeu. Elle aide à clarifier un dilemme souvent flou pour le patient.

- **Métaphore** : l'utilisation de métaphores est précieuse dans le cadre de ces entretiens. Elle permet de s'approcher d'un problème, sans obligatoirement l'objectiver. L'adolescent est particulièrement preneur de ces propositions qui aident à gérer la distance qu'il accepte avec ce qui fait problème. Elles aident à formaliser une question sans la figer. Les métaphores s'inventent dans le cadre de l'interaction avec l'adolescent, mélange de son univers et de l'expérience du thérapeute. Elles peuvent accompagner le travail sur plusieurs séances successives.

3. Accessibilité aux problématiques sous-jacentes à la consommation : émergence de la complexité de la situation

Le PAACT aborde la situation à partir de ce qui fait problème dans le présent et qui amène l'adolescent en consultation : un désaccord sur l'évaluation de l'impact de ses usages. Il part de ce sur quoi l'adolescent a été partiellement d'accord pour venir et que l'alliance thérapeutique a su formaliser. Ce fil est tiré pour dérouler la pelote, considérant le comportement comme un moyen de manifester une émotion qu'il ne peut exprimer par les mots, soit qu'il n'ait pas encore les capacités d'élaborer son propre vécu soit que cette réalité interne soit vécue comme trop menaçante pour son intégrité propre, son amour propre. Encore une fois, l'éventail des émotions peut être rencontré : plaisir de la fête et son apprentissage, souffrance psychique du processus de séparation/individuation, événements plus traumatiques, histoire familiale, etc. En effet, les zones d'ombre (dépression, trouble anxieux, trauma), quand elles existent, sont souvent difficilement accessibles voire inaccessibles.

La consommation et ses conséquences peuvent être une porte d'entrée pour prendre en charge l'adolescent malgré la complexité des situations.

Une fois le décor posé et le déroulement du scénario activé, l'intrigue éventuellement cachée se dégage ou émerge... Elle renvoie au questionnement du sujet sur lui-même et son rapport aux autres, sur la vie en général,

le sens qu'il cherche à donner à celle-ci. Elle représente la voie vers son engagement dans un travail psychothérapeutique autre. Ce qui reste en suspens (le suspens) est : l'accompagnement proposé suffira-t-il à l'adolescent pour surmonter seul ce passage, avec l'histoire et la subjectivité qui est la sienne.... ?

Ex : Si on cherche à créer l'alliance ou à engager un changement sur une dépression que l'on devine, l'adolescent va s'y opposer d'autant qu'il n'est lui pas conscient de cette souffrance sous-jacente, alors qu'on peut travailler sur le comportement qui fait problème, et qu'il ne peut nier. On va créer l'alliance sur le fait de l'aider à en réduire les effets, pour obtenir un objectif commun de l'alliance (rentrer chez soi, atténuer un conflit dans la famille). Le comportement problème n'est qu'un moyen d'y parvenir, de négocier etc.

Progressivement l'objectif sera de se décentrer du produit pour aborder le problème sous-jacent affectif, relationnel ou simplement actuel que l'adolescent vit. Mais parfois, le thérapeute n'y aura jamais accès.

Orientation vers un psychiatre et mise en place d'un traitement médicamenteux :

Il n'existe pas de traitement spécifique de la dépendance au cannabis. Les traitements médicamenteux ont un intérêt en cas de comorbidités psychiatriques.

Parmi les plus utilisés on peut citer :

- Les anxiolytiques les plus efficaces sont les benzodiazépines. Ils sont cependant à utiliser avec parcimonie et dans le cadre de cure courte car ils peuvent eux-mêmes engendrer une dépendance.
- Les neuroleptiques sont indiqués si derrière la consommation de cannabis se cache une entrée dans une psychose. Il est impératif d'avoir une bonne alliance avec l'adolescent pour prescrire ces traitements. En effet les effets secondaires apparaissent souvent avant les effets bénéfiques.
- Les antidépresseurs, très utiles en cas de dépression sévère, doivent être maniés avec précaution. Des cas de passages à l'acte consécutifs à la levée de l'inhibition ont été décrits. Aucun antidépresseur n'a eu l'AMM pour l'indication dépression chez les mineurs.
- Les troubles bipolaires peuvent être associés aux conduites addictives. Les considérer peut permettre la mise en place d'un traitement thymo-régulateur adapté.
- Les TDHA font aussi partie des comorbidités fréquentes en cas de conduite addictive. Le diagnostic et la mise en place d'un traitement spécifique exige l'orientation vers un praticien habilité.

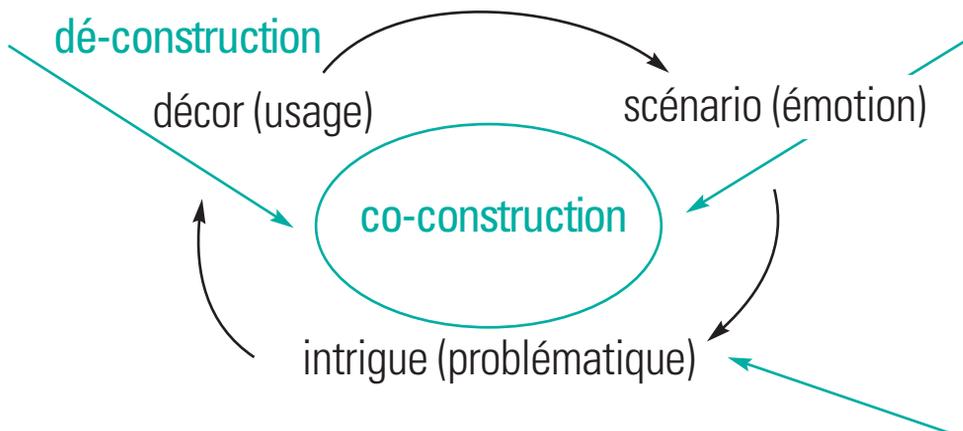


Figure : Co-construction de l'univers de l'adolescent et déconstruction de la consommation/solution

EXEMPLES

Contenu des premiers entretiens

Pigott, 17 ans

- Le rdv est pris dans un cadre d'exclusion temporaire de l'établissement, pour un ado de 17 ans qui en banalise l'importance.
- Comme souvent, la mère a pris le rendez-vous, sur les conseils de l'établissement, autant pour comprendre ce qui se passe que pour aider l'adolescent avant la décision définitive de l'établissement.
- L'adolescent est d'accord pour venir, tout en niant l'importance de ses usages. L'alliance thérapeutique va associer des objectifs scolaires et une reprise de contrôle de l'usage, sans se fixer un arrêt complet.

Stéphane, 17 ans

- Il est peu bavard sur ses expériences de consommation dont il ne parle qu'en termes très généraux, comme si toute précision était impossible;
- L'alliance thérapeutique a été lente et complexe, mais il accepte ensuite un « décompte » de ce qu'il pourrait fumer pendant 2 ou 3 semaines de vacances : l'absence du cadre scolaire, pourtant peu investi, ferait monter la consommation à 80 joints.
- La mobilisation familiale est assurée par la mère, qui l'a accompagné lors du premier rendez-vous. Le père ne se manifestera pas.

L'auto-évaluation

- Elle permet d'objectiver un usage plus régulier et important que ressenti, en mettant bout à bout tous les usages, présents toute la journée, et notamment depuis quelques temps aux limites de l'établissement. Ils s'ajoutent aux usages « pour gérer l'ennui, un vide », à ceux en « écoutant de la musique » et/ou censés marquer la fin du temps scolaire, avec les copains, dans le village. Enfin, il existe un usage de soirées et de fêtes, avec la notion d'abus, et un de l'endormissement, juste avant le sommeil.
 - À partir des différentes fonctions de ces usages, il est possible de préciser leur rôle pour mettre à distance des interactions familiales complexes;
 - En agissant sur les uns (ceux par habitudes, ceux qui pénalisent la scolarité, ceux du festif), il va se confronter au fonctionnement familial et relancer d'autres réponses possibles et d'autres alliances.
-
- Le début d'évaluation va être complexe « *en gros...* », « *ça dépend...* », entre une alliance thérapeutique encore fragile et une crainte de la confrontation...
 - Le temps va lui être laissé, pour jouer sur ce qui est le plus « visible » : le contraste entre le contrôle revendiqué plus qu'argumenté en semaine, et les dérapages, chaque we, chaque période de congés...
 - Une de ces alternances va lui permettre de sortir du vague pour assumer l'abus de ses usages, il va accepter de faire un carnet, mieux préciser les « alternances » et commencer un travail sur le contrôle.

la dynamique du processus de changement

En déconstruisant la dimension « solution » de l'usage, cette deuxième phase génère ses propres tensions et donc un risque de rupture de l'alliance auquel il faut rester attentif.

Tension interne entre la motivation au changement et les difficultés, déficiences et frustrations qu'il dévoile : l'usage régulier s'est substitué à des compétences psycho-sociales qu'il est difficile de réactiver du jour au lendemain. En s'en dégageant, l'usager se perçoit « moins compétent » qu'il ne le voudrait, au risque de réalimenter le stigmate et la conviction que sans le produit, il n'est rien, que la fête sans produit n'est pas aussi intense, ou que la musique, la création, etc. ne fonctionne pas aussi bien.

Il perçoit un « manque » de produit qui n'est pas que biologique.

Tension externe entre celui qui veut modifier son usage et celles et ceux qui l'entourent, souvent à l'origine de la demande qu'il « arrête » ou « modifie » son ou ses usages du fait des prises de risque, conduites négatives ou difficultés dans sa vie quotidienne.

L'entourage va accueillir avec satisfaction les premières évolutions mais sera ensuite parfois surpris par l'apparition d'autres réactions, difficultés, comportements qui donneront lieu à des réactions sur le mode « c'était mieux avant... si c'est pour ce résultat, autant que tu continues... ».

Dégagé des usages dans lesquels il avait pu se « figer », le processus de séparation/individuation est relancé. La crise déclenchée par la « découverte » des comportements d'usage a été en partie apaisée par l'alliance thérapeutique et par l'auto-évaluation qui en ont redessiné les contours, en modifiant le décor et en proposant un scénario plus supportable. Elle doit maintenant ouvrir à des changements plus durables et conséquents, qui vont s'effectuer par paliers (déséquilibre/ajustement) : chaque changement apportant son lot de bénéfices et de difficultés dans l'acquisition de l'autonomie. L'adolescent va alterner des phases de vulnérabilité et phases d'ajustement. Il va donc être important de déployer un accompagnement sur différents registres, pour atténuer ces tensions et éviter qu'elles ne conduisent à la rupture de la relation tout en accompagnant le processus de changement.

1. Hiérarchiser les objectifs et accompagner les changements

Hiérarchiser

Expérimenter le changement est une épreuve pour un adolescent qui doit se risquer « à faire autrement » avec toute l'angoisse de l'incertitude que cela comporte. Le décor construit comme outil de médiation l'aide à imaginer les épreuves que son propre avatar va traverser : dans ce décor, avec ce scénario et ces questionnements/doutes/zones d'ombre, quels changements effectuer ? Par lesquels commencer ? Et comment les gérer ?

Cette anticipation à partir d'un matériel concret, pragmatique et distancié permet un envahissement moins direct de l'angoisse. Elle fait à nouveau appel à ses capacités cognitives, stratégiques et émotionnelles.

L'objectif est qu'il s'autorise à expérimenter et à se laisser surprendre, qu'il implique de la pensée plutôt que de la mise en acte. Parce qu'il pourra passer par la représentation de l'action, en plus de la représentation du décor, il va oser s'éloigner du simple agir/décharge. Comme les péripéties vont s'enchaîner, il est important de l'aider à commencer par des réussites (supprimer tel ou tel usage, éviter telle ou telle situation) et à analyser les échecs. Ce passage de la représentation à l'action nécessite de bien hiérarchiser les objectifs, d'anticiper les processus, de mettre en œuvre des capacités disponibles.

Il faut sortir du mythe: «il suffit de le vouloir», pour proposer d'organiser un environnement favorable.

Accompagner

Le travail d'accompagnement va aider la personne à ne pas trop s'y perdre. L'auto-évaluation de la consommation a certes dessiné ce décor sur lequel l'adolescent a pu projeter une partie de ce qui a fait tension, mais elle a aussi identifié des ressources internes (capacités, compétences) et externes (entourage, activités), des limites et fragilités qui accompagnent les objectifs de changement.

Ce travail d'identification du vécu expérientiel a permis de reconnaître ses émotions, ses ressentis, et d'envisager le « comment les gérer » plutôt que de s'en tenir à la mise en acte du ressenti.

Le principal obstacle est d'éviter d'associer l'arrêt de la consommation à un sentiment de vide: arrêter n'a pas obligatoirement comme conséquence première d'aller mieux, d'être soulagé.

Au sentiment de « manque » qu'il peut ressentir peut s'adjoindre une réaction dépressive, moment de fragilité qui n'est pas à éviter. Elle signe une étape utile, une possible transformation. L'usage était bien souvent une « solution » dont l'arrêt pose problème: rapide, il provoque un « effet » dépression; lent et progressif, une angoisse qu'il faut accepter. Heureusement, arrêt ou reprise de contrôle peuvent aussi se traduire par un « se sentir mieux » qui englobe autant un meilleur ressenti du corps qu'une baisse des tensions.

Empowerment

L'*empowerment*, au sens du développement de la capacité d'agir, va contribuer à modifier l'intensité de l'usage, à prendre confiance en soi et à écarter le stigmate qui était en train de se construire, en aidant à se reconnaître comme capable d'atteindre tout ou partie des objectifs que l'usager s'est donné.

L'*empowerment* n'est donc pas un don de la nature, une qualité de la personne, mais un mécanisme qui se co-construit et vient au service d'une expérience partagée dans un contexte donné.

Pratiquement, une partie de la dynamique d'*empowerment* résulte du choix d'objectifs adaptés, pragmatiques, à portée des compétences et ressources psycho-sociales disponibles qui inaugurent une spirale de la réussite. Partir du plus simple, comme par

exemple supprimer les usages « par habitude », ceux « qui ne servent à rien », aide à lancer un mouvement de changement qui semblait impossible de prime abord.

Une aide supplémentaire peut être apportée avec le renforcement spécifique de certaines compétences auxquelles un usage régulier a pu se substituer, parfois jusqu'à en écarter complètement l'expression. La participation à des groupes (prise de parole, expression théâtrale, etc. . .), l'accès à un réseau social mieux diversifié, la reprise d'activités sportives ou de loisirs, des supports d'insertion sont autant de pistes à ne pas négliger et donnent une nouvelle dimension au travail sur l'arrêt.

Ce travail peut venir en contrepoint de fonctions de socialisation qu'apportent les usages, souvent négligées par des cliniciens. Premier argent gagné, identifications à des modèles paradoxaux de réussite, premières expériences d'autonomie réussies sont aussi un effet de l'immersion dans l'expérience d'usage. Le rôle souvent évoqué de la transgression de l'interdit, celui de la réussite de l'épreuve, de l'ordalie, mais aussi donc les effets socialisants dans des sous-groupes gagnent à être pris en compte pour en soutenir la dé-construction, parfois plus complexe qu'il n'y paraît, notamment dans un contexte d'exclusion sociale et de marginalisation renforcée.

Le sentiment d'efficacité personnelle que l'usager acquiert ainsi prolonge l'approche motivationnelle. Il renforce et amplifie la divergence entre le comportement actuel d'usage et les valeurs et objectifs de vie de la

personne. L'implication dans le changement est alors accentuée.

2. Abandonner la fonction d'intermédiaire du cannabis

Étayage et rééquilibrage

Volontairement ou non, un usage régulier vient « amortir » la perception du monde par l'adolescent, modifiant le développement de ses capacités cognitives et de gestion émotionnelle.

Il aide à faire face aux tensions, contribue au contrôle des comportements et renforce les moyens de surmonter le trouble généré par les transformations biopsychosociales, mais il retarde l'autonomisation/ individuation.

Accompagné, l'adolescent peut reprendre l'initiative de remettre de la pensée pour mieux contrôler le comportement, alors que bien souvent il avait écarté ce mécanisme, associé à « se prendre la tête ». Il en retire un sentiment d'efficacité personnelle renforcé, une gratification narcissique, qui commence à relativiser la solution « addiction » comme moyen d'échapper à l'inconfort interne.

L'abandon progressif de l'usage et/ou une mise en jeu de niveaux de consommation inférieurs relancent la confrontation aux émotions, l'appropriation de solutions cognitives nouvelles et donc le changement de comportement. Ponctuellement, l'adolescent et sa famille auront besoin d'être aidés à retrouver la bonne distance qui rendra ce travail possible, c'est-à-dire supportable pour les deux.

De plus en plus, l'échange avec l'adolescent peut porter sur ses doutes, préoccupations, etc.

Cette phase est celle où il prend conscience de ses capacités, où se confirme l'illusion de la fonction béquille de l'usage. L'adolescent s'approprie celui qu'il est et qu'il devient dans ce temps d'intégration et de réaménagement psychique ; il prend conscience que les moments d'expérimentation, qu'elle soit réussie ou ratée, doivent être entrecoupés de moments d'intégration et de réaménagement.

Éléments stables rassurants

Dans la majorité des cas, l'adolescent ne poursuivra pas cet accompagnement thérapeutique par un travail psychothérapeutique prenant en compte les problématiques sous-jacentes. Ou bien il le fera « ailleurs », dans un autre lieu, dans un autre cadre, plus adapté à ce qu'il attend de ce travail, au-delà d'une sortie du cycle de l'usage.

Il est donc important d'identifier les éléments stables rassurants qui signent la fin du processus PAACT et d'envisager la séparation pour se donner l'occasion d'un bilan à distance plutôt que de prendre le risque de la rupture ou de l'absence.

Les premiers acquis peuvent fonctionner comme une illusion de reprise du contrôle sur les consommations. Une sensibilisation au risque de « rechute » trouve ici sa justification : elle permet d'atténuer le sentiment d'emprise qui continue d'envahir beaucoup ces adolescents qui n'ont pas consolidé la prise d'autonomie. Elle augmente leurs compétences dans la gestion des usages.

Des objectifs intermédiaires peuvent être proposés pour relancer l'accompagnement, et permettre de revisiter ensemble ce qui a été acquis dans les capacités à contrôler l'usage.

Un rendez-vous à distance est proposé, à quelques semaines, ou même sur plusieurs mois, en lien avec un événement spécifique (fin des vacances, fin d'un trimestre, etc.). Il permet de garder un engagement sans multiplier les contraintes.

Les relations familiales doivent aussi être consolidées et clarifiées, en permettant à l'adolescent et ses parents de partager les « acquis » : les parents sont en droit de « douter » des progrès de l'adolescent qui lui-même « s'agace » de cette méfiance persistante.

Un « point d'étape » avec la famille vient aider à mettre ces éléments à plat, à en partager les questions, à en valider les acquis, notamment dans des pratiques parentales partagées.



EXEMPLES

Contenu des premiers entretiens

Isabelle, 20 ans

- Le rendez-vous est pris par la mère qui vient de découvrir la surconsommation de sa fille lors d'une de ses soirées dans des clubs. En fouillant ensuite dans ses affaires, elle a trouvé du cannabis et d'autres produits illicites.
- Elle vient à un premier rendez-vous pour anticiper la rencontre avec sa fille. Elle est consciente que les consommations de sa fille naviguent entre des pratiques partagées par beaucoup de ses amies.
- Isabelle est ensuite d'accord pour venir, tout en relativisant l'importance de ses usages. Elle met en avant une activité professionnelle pendant les vacances, un refus de se priver d'une vie nocturne avec ses amies, mais l'envie de préserver une relation plus apaisée à sa mère et une scolarité étudiante qu'elle commence à investir. L'alliance thérapeutique va associer des objectifs de reprise de contrôle de l'usage, sans se fixer un arrêt complet.

Tondu, 16 ans

- le rendez-vous est pris par son père, la mère vivant en province depuis la séparation du couple.
- Le père est présent lors du premier contact, en retrait, laissant le fils assumer le rendez-vous.
- L'agacement vis à vis de l'engagement passe assez vite, l'adolescent mettant en avant une envie de rétablir une situation scolaire qu'il continue d'investir...

L'auto-évaluation

- Elle objective un usage plus important que ressenti, mais surtout une difficulté à le contrôler lors de certaines soirées.
 - La découverte des différentes fonctions des usages met en lumière un besoin d'écarter un sentiment de vide, une angoisse qui surgit au cours de l'excitation de la fête, quand se dévoile un effet illusoire ;
 - Isabelle a suffisamment d'*insight* pour faire le lien avec son histoire, d'autres épisodes de sa vie qui participent de cette angoisse, mais elle choisit pour l'instant de l'affronter sans s'engager plus dans un travail de psychothérapie.
 - L'accompagnement se centre sur la consolidation de ses capacités à vivre ses moments sans surconsommation. Elle diversifie ses relations, pour être accompagnée de personnes qui ne poussent pas à l'usage ; elle fait l'expérience de la possibilité de « quitter » une soirée, etc.
 - La question d'une prise en charge clinique se dégage peu à peu du seul lien à la consommation de produits, pour se poser dans le cadre plus ouvert de son équilibre de vie, sa prise d'autonomie affective vis à vis de sa mère, etc.
-
- L'auto-évaluation va vite confirmer que l'usage de cannabis et d'alcool vient atténuer un ressenti quotidien douloureux,
 - La scolarité est au centre du problème, Tondu souffrant d'être un des seuls à s'investir dans une classe qui part à la dérive dans son collège de banlieue. Il fait d'ailleurs tout ce qu'il faut pour « s'intégrer au paysage » et ne pas plus que cela se mettre en tension avec les autres. La prise de cannabis y aide beaucoup. Le reste des usages se fait plutôt seul, en lien avec des rêveries appuyées sur un goût pour la littérature fantastique qu'il cache bien.
 - Ces rêveries et une culture de l'alcool associées au cannabis le gardent en lien avec « les amis de province » qu'il a dans la région où sa mère s'est installée, où il a vécu au début avec elle, et qui sont ceux avec lesquels il peut vraiment tout partager.

4 bilan de fin de thérapie, ouverture vers d'autres approches

- 
- Comment terminer une thérapie ?
 - Faut-il anticiper et préparer la séparation ?
 - Sur quoi achever le suivi ?
 - D'autres pistes de travail ultérieures possibles peuvent-elles être envisagées ?
 - et comment ?

Nous avons vu combien il est important de bien débuter une thérapie en créant l'alliance thérapeutique. Il est tout aussi important de bien la finir pour préserver la logique du processus. Signifier à l'adolescent qu'une thérapie a un début et une fin, même si le thérapeute pense qu'il y aurait encore des points à consolider, est préférable.

Que thérapeute et jeune s'accordent pour arrêter le suivi plutôt que de laisser l'adolescent ne plus venir aux consultations permettra, lorsqu'il en sentira le besoin, de reprendre contact avec un thérapeute dont il aura appris qu'il ne proposera pas un suivi au-delà de ce que lui-même souhaite.

Le suivi PAACT peut s'achever selon trois modalités :

- **Bilan** : il s'agit de consolider les changements qui ont été accomplis lors de la thérapie à travers un retour sur le parcours effectué, envisager l'avenir et acter la séparation.
- **Compléments** : le thérapeute peut ouvrir le travail avec l'adolescent sur des perspectives thérapeutiques complémentaires centrées notamment sur la prévention de la rechute, dans le cas d'une séparation difficile ou le cas d'une crainte de rechute.
- **Poursuite** : un travail psychothérapeutique peut se poursuivre au long court afin d'approfondir ce qui a fait le lit de la conduite addictive. En effet, l'expérience nous montre que l'orientation vers une autre prise en charge est facilitée par le travail d'alliance et d'accompagnement préalablement effectué.

bilan de la thérapie

1. Revenir sur l'acquis pour le consolider

Une des manières de consolider les changements est de revenir avec le jeune sur sa perception de son processus de changement.

Les accomplissements de la thérapie sont ainsi débattus. Il s'agit de mettre l'accent sur les progrès et les rendre explicites.

L'étape finale de la thérapie va ainsi donner du sens aux changements intervenus afin que ceux-ci puissent se maintenir dans la durée.

Ce qui a été travaillé en thérapie servira de ressource pour la gestion des crises futures.

Ainsi, les nouvelles compétences du jeune seront utiles pour l'aider à affronter les épreuves de la vie.

Exemple 1 :

Nous suivons Jean depuis plusieurs mois.

Au cours des entretiens, il a pu diminuer sa consommation de cannabis. Il a notamment arrêté sa consommation de semaine. Celle-ci se faisait lors des rencontres avec un petit groupe d'amis fidèles. Nous lui demandons ce qui a pu se passer pour que cette diminution soit possible.

Jean nous dit qu'il a évolué par rapport à son groupe d'amis. Il a pris conscience que son objectif n'était pas la consommation mais l'intégration dans le groupe. En arrêtant la consommation, il s'est rendu compte qu'il n'a pas été exclu. Au contraire, il a pu donner une autre image de lui, celui qui a eu la force de

prendre la décision de s'arrêter de fumer. D'autres membres du groupe ont même suivi son exemple.

Dans cette situation, plutôt que de diaboliser le groupe le considérant comme un facteur de nocivité, le thérapeute met en avant la responsabilité du jeune dans le groupe. Grâce à l'évolution de l'adolescent, le groupe s'est transformé d'une « association de malfaiteurs », en un groupe proactif et épanouissant pour chacun des membres. L'adolescent n'est plus un acteur passif et influençable. Il devient responsable. La prise de conscience de cet élément sera un facteur de protection majeur contre la rechute non seulement de la conduite addictive mais aussi de toute autre mise en danger.

Exemple 2 :

Un autre adolescent a pu nous parler de sa consommation d'alcool et de cannabis pendant les fêtes. Au départ, il pensait que la prise de produit était absolument nécessaire à ce qu'il puisse prendre du plaisir dans la soirée. Pour lui l'important était d'aller vers le « sans limites », systématiquement.

À la fin de la prise en charge, lorsqu'il a pu considérablement diminuer ses prises et faire en sorte qu'elles ne soient plus systématiques, nous l'avons interrogé sur ce qui l'avait encouragé dans son changement. Il a ainsi pu nous dire qu'il avait réalisé l'intérêt pour lui de signifier à son entourage qu'il savait aussi se protéger, qu'il voulait profiter de sa jeunesse sans pour autant être dans un processus d'autodestruction. En signifiant cela à son entourage et notamment à ses parents il a pu obtenir plus de liberté et d'autorisation de sortie. Ceux-ci devenant moins suspicieux ont

moins été enclins à être sur son dos. Il a pu reprendre des cours d'aviation (planeur) qui lui ont procuré un plaisir intense.

Dans cette situation, le thérapeute insiste sur l'importance de la conscience de soi, la réappropriation de son plaisir, de son corps et de sa sécurité. Beaucoup d'adolescents parlent des changements d'attitude des parents à leur égard lorsqu'ils arrêtent de consommer. Ils réalisent que ces derniers sont moins sur leur dos. En renonçant à la « liberté » de se défoncer, ils découvrent combien ils ont pu protéger leur espace privé. Dans cette situation, le jeune a pu substituer le plaisir des effets de la prise de substances psychoactives par celui des sens (vertige de l'altitude, sensation de liberté).

2. Avoir un regard tourné vers l'avenir

Le bilan avec l'adolescent doit également ouvrir sur l'avenir. La fin du travail thérapeutique est un nouveau départ pour lui. L'accent est mis sur l'effort à maintenir : comment l'adolescent peut continuer à prendre soin de lui, de son développement et de sa santé ? S'inscrire dans une perspective d'avenir consiste à parler avec lui de façon formelle ou informelle de ses projets futurs et de son implication dans les activités scolaires et sociales. L'abandon de l'addiction laisse souvent un vide qu'il va falloir remplir. La reprise d'une activité scolaire ou extra-scolaire sera un des facteurs de protection majeurs contre la reprise des consommations. Si la prise de conscience des inconvénients des drogues a conduit vers l'arrêt de la

consommation, la découverte de l'intérêt de la non-consommation sera LE facteur de protection contre la rechute.

« *La perfection n'est pas de ce bas monde* ». Cette expression est utilisée pour décrire un perfectionnisme potentiel ou des critères de changements qui peuvent être trop élevés. Elle indique au thérapeute qu'il convient d'être attentif aux difficultés inhérentes à toute évolution et aux dangers à maintenir le jeune dans un modèle trop exigeant. Un changement, même partiel, peut s'avérer suffisant. La réduction très « partielle » de la consommation, le développement d'un style de vie alternatif sont des objectifs honorables. Même s'il n'y a eu aucun changement dans le comportement de l'adolescent vis-à-vis des drogues, l'alliance thérapeutique créée entre le jeune et un adulte bienveillant sera une graine qui, une fois semée, ne demandera qu'à pousser.

travail spécifique sur la prévention de la rechute

1. Intérêt et définition.

La reprise de la consommation réactive le fantasme d'humiliation avec la honte de la rechute (qui signe la dépendance) et l'autodépréciation (acceptation insoutenable de la faiblesse). Les entretiens de prévention de la rechute transmettent à l'adolescent des techniques d'adaptations cognitives et comportementales qui l'aideront à éviter ce retour à la consommation.

La prévention de la rechute, en revenant sur l'ambivalence, consiste à identifier, reconnaître et remédier à toutes les situations à risque de consommation pour les adolescents (Marlatt, 2005). Elles peuvent être la rencontre des copains avec qui il consommait régulièrement ou des lieux, des ressentis (comme des besoins irrépressibles de se défoncer pour supporter l'école) et/ou des pensées « destructrices » (« *Une fête sans alcool ce n'est pas une fête, c'est bon je gère, c'est juste pour le week-end* »). D'autres facteurs entrent en ligne de compte et fragilisent l'adolescent, comme un mode de vie désorganisé, une absence de projets scolaires et/ou professionnels pour l'avenir ou enfin et surtout un milieu familial peu soutenant et peu "sécure". Combinés, ces facteurs affaiblissent et rendent le maintien de la non-consommation difficile voire impossible.

L'objectif général est de parvenir à un mode de vie sans produit ou plus exactement sans excès néfaste pour l'adolescent.

Il est essentiel de lui rappeler que la rechute est une phase « normale » du changement et non un retour en arrière, de lui donner les moyens de comprendre son fonctionnement, de mettre des mots sur ses ressentis plutôt que de les agir par l'évitement. Il est illusoire d'anticiper tous les épisodes de rechute possibles, mais ils s'inscrivent dans des contextes qu'il est possible de préparer.

2. Les méthodes.

La stratégie consiste donc à enseigner des méthodes d'adaptation efficaces et à établir un plan de prévention de la rechute correspondant au mieux aux possibilités du jeune, à son environnement et à ses besoins.

Techniques de gestion des situations à risque :

- les stratégies de résolutions de problème ou comment gérer ses émotions sans produit,
- remplacer les pensées conduisant à la consommation (*une fête sans alcool c'est pas une fête*) par des pensées productives (*quand j'assiste à une fête complètement défoncé, ce n'est pas vraiment moi qui suis dans la fête*),
- enfin, définir des stratégies comportementales d'affirmation de soi, (savoir dire non sans se fâcher avec ses amis, dire à ses amis qu'on arrête des consommations). L'adolescent peut être invité à partager sa volonté de diminuer sa consommation avec son groupe de pairs. En effet, les amis peuvent devenir des acteurs

positifs en l'aidant dans sa démarche (ne plus lui en proposer; s'allier à cette diminution; etc.).

Reconnaissance et identification du *craving*

La consommation régulière prolonge le plaisir. Lorsque ces situations surgissent, l'usager perçoit des signaux d'alertes, un nœud dans l'estomac, un état de nervosité/agitation et il est submergé par l'idée du confort qu'il aurait s'il consommait. On appelle cela le *craving*. En phase d'arrêt, cette expérience est encore plus courante et peut arriver à n'importe quel moment. Mais il est important d'être conscient de ce qui peut la déclencher, des signes physiques et psychologiques et des stratégies possibles pour la gérer de manière positive.

Les deux types de *craving* seront examinés avec lui.

- Celui qui se manifeste avant la consommation est lié aux émotions ressenties à un moment donné. Les événements, personnes, endroits et objets, morceaux de musique, certains types de nourriture, liés à ces émotions sont appelés « déclencheurs ». Les « déclencheurs » peuvent également être des malaises internes, comme l'angoisse, l'anxiété ou la colère.
- Le second *craving* se manifeste une fois que l'on a commencé à consommer : on en veut de plus en plus jusqu'à perdre le contrôle de la quantité consommée.

L'objectif avec l'adolescent sera de pouvoir les identifier dès qu'ils apparaissent afin d'organiser sa vie quotidienne pour les éviter.

Par la suite il est possible de travailler le *craving* au moyen de mise en exposition.

Il s'agit de reproduire artificiellement par l'imagination les situations à risques pour que la personne puisse les gérer et en avoir le contrôle sur elles (ces techniques de travail en exposition nécessitent de la part du thérapeute une formation en thérapie cognitive et comportementale).

travail sur les problématiques spécifiques de l'adolescence

Dans la majorité des cas, ceux qui souhaitent poursuivre la prise en charge évoluent vers une psychothérapie d'orientation psychodynamique. Ce travail se fonde sur l'approche psychanalytique, qui permet la mise à jour des conflits inconscients et de leurs effets sur la vie du sujet, sur son rapport au monde, aux autres, sur ses activités.

Le travail psychothérapeutique, basé sur la libre association des idées, a pour buts d'améliorer sa compréhension de lui-même (*insight*), de découvrir ses mécanismes de pensée, de reconnaître et tolérer ses ressentis (Jeammet & Bochereau, 2007).

Cette approche n'est pas centrée sur les effets des produits sur l'organisme mais sur la problématique sous-jacente. Le patient est sollicité sur sa « réalité interne », à travers le lien psychothérapeutique transféro-contre-transférentiel. La méthode analytique privilégie le conflit inconscient et l'analyse du transfert, qui se définit comme :

« *le déplacement (par le patient) d'une ancienne relation affective sur la personne du thérapeute* » (Chartier, 1993 p.116), et où s'actualisent et se rejouent des sentiments contradictoires qui vont se clarifier avec le temps (Jeammet, 2002). Ce travail va lui donner les moyens d'élaborer, surmonter et

tolérer ses conflits (Marcelli, 1999). L'attitude du thérapeute, son écoute, sa sollicitude, sa « neutralité bienveillante » favorisent le travail effectué par le sujet lui-même. L'efficacité des thérapies psycho-dynamiques ne réside pas seulement dans la disparition de traits pathologiques mais également dans l'évolution et la souplesse du fonctionnement psychique de la personne.

Ce travail pourra traiter par exemple les problématiques suivantes :

- la recherche douloureuse d'une dépendance affective perçue comme menaçante pour l'identité de l'adolescent et aliénante vis-à-vis de ses objets d'attachement (cf. Corcos *et al.*, 2003 ; Marty, 2004)
- l'existence de failles narcissiques trop envahissantes maintenant et ancrant le faux *self* de l'adolescent (cf. Kestemberg, 1962 ; Kestemberg, 1978 ; Jeammet, 2001 ; Corcos *et al.*, 2003)
- la composante dépressive plus majeure marquée par l'échec répété de l'introjection d'images identificatoires stables et par l'incapacité d'élaborer la perte laissant place à un sentiment de vide insupportable (Ryan *et al.*, 1981 ; Stark & Bruchkremer, 1992 ; Nezeloff *et al.*, 2003 ; Mac Dougall, 2004)
- Le traumatisme, etc.

Ce travail peut être poursuivi par le thérapeute psychologue formé à l'approche psycho-dynamique ou être effectué par un autre psychothérapeute ou une autre structure comme les Centres Médico-Pscho-Pédagogiques (CMPP), les Bureaux d'Aide Psychologique (BAPU), voire les thérapeutes installés en libéral.

5

soutien
à la
parentalité

- 
- Qu'est-ce qu'être parent au XXI^e siècle ?
 - Quand et comment inclure les parents dans la prise en charge ?
 - Quand et comment créer les liens avec eux sans altérer l'alliance avec le jeune ?
 - Comment « accueillir » l'angoisse et la plainte des parents ?
 - Que faire avec les situations où les parents sont à la fois la solution et la source du problème ?

Les parents, souvent porteurs de la demande, arrivent dans un contexte de crise, suite à la brutale découverte de la consommation – « sur le fait » ou suite à une interpellation « institutionnelle » (justice et/ou milieu scolaire). Elle vient déstabiliser leur rôle statutaire, leurs fonctions parentales, voire leurs liens conjugaux et réactiver des angoisses liées à l'avenir de leur enfant et de leur famille. Dans d'autres cas, leur demande fait suite à une « descente progressive aux enfers » : l'intégration scolaire est menacée et la communication avec l'adolescent grandement altérée voire rompue.

Quoiqu'il en soit, les parents constatent leur impuissance face à la consommation de produits et ses répercussions, ils sont excédés, désespérés et ne comprennent plus cet enfant qui leur tient tête et perturbe leur cadre de vie.

Ces relations parents/adolescent peuvent être si tendues qu'il est parfois difficile de faire alliance avec l'adolescent lors du premier entretien. Les parents y voient comme une négation de leur souffrance et une mise en cause de leurs pratiques parentales.

Leurs inquiétudes et sentiment de culpabilité peuvent se manifester sous forme d'agressivité et d'un positionnement maladroit vis-à-vis du professionnel, accentuant sa tentation de les exclure du processus thérapeutique.

Pourtant, nouer une alliance avec les parents est essentiel. Ils sont souvent le seul appui pour rendre la prise en charge possible et soutenir la compliance de l'adolescent aux consultations. S'ils ne peuvent exprimer directement leurs éventuels désaccords ou inquiétudes avec le thérapeute,

les conséquences seront dommageables pour le suivi de l'adolescent. Cette alliance, qui ne doit pas être vécue comme un complot par le jeune et n'a pas pour but d'initier un processus de changement, doit les aider dans leur soutien au processus thérapeutique.

Même en situation de thérapie individuelle, il est primordial d'avoir à l'esprit que, face à la consommation de substances psychoactives, les parents restent le facteur de risque et de protection le plus important.

Si les dysfonctionnements de la situation parentale ou familiale sont pathologiques, ce type d'intervention ne peut être suffisant. L'adolescent peut vivre la thérapie individuelle comme une tentative des parents de se défausser « *Mes parents boivent et c'est moi qui trinque* ». Dans ce cas, une prise en charge familiale de type MDFT (*MultiDimensional Family Therapy*) par exemple, est nécessaire.

c'est quoi être parents d'un adolescent

1. Passer d'une relation parent/enfant à une relation adulte/adulte

Les changements de l'adolescence modifient les relations intrafamiliales. Les parents qui avaient l'habitude d'un enfant doivent maintenant composer avec une personne revendiquant le statut d'adulte, même s'il n'en a pas encore les moyens. L'enjeu des parents est de maintenir le cadre tout en abandonnant l'idée du contrôle absolu. Et face à un adolescent « explosant » les limites les unes après les autres, dans le mépris souverain des conséquences sur son avenir, ce cap est souvent difficile à tenir. Les craintes, l'impuissance et l'épuisement peuvent amener les parents à des attitudes extrêmes de répression ou d'abandon.

Les conséquences potentielles de ces deux attitudes sont les mêmes : la rupture des liens et la perte de chance pour l'avenir du jeune. Même si l'adolescent ne cesse de critiquer les attitudes, les idées voire la manière d'être de ses parents, ces derniers comptent énormément pour lui. L'attitude « rebelle » de l'adolescent est davantage un moyen de protéger son intégrité envers et contre tout et d'assoir ses revendications d'indépendance. Elle ne reflète pas forcément ses convictions philosophiques profondes.

Exemple :

Nous voyons en consultation le jeune Aurélien avec son père. Leur histoire est singulière. Aurélien est un consommateur de cannabis et un « grand fan » de Bob Marley ainsi que du mouvement Rasta. Il a d'ailleurs couvert sa chambre d'icônes à l'effigie de son idole et de la grande plante verte. Le père, excédé par les provocations permanentes de son fils, inquiet de la descente des résultats scolaires et ne partageant ni les goûts musicaux ni les consommations de son fils, décide de passer à l'action. En l'absence d'Aurélien, il entre dans sa chambre et laisse libre court à sa rage iconoclaste. Les conséquences sont désastreuses. Les résultats scolaires stagnent, la consommation perdure, les relations sont épouvantables. Nous accompagnons le père, pris de remords, à différencier les revendications philosophiques de son fils de sa consommation de cannabis. Il lui rend alors les icônes. La tension s'apaise et Aurélien envisage de réfléchir à sa consommation. Il accepte de venir nous voir.

L'adolescence débute souvent au moment où les parents atteignent le milieu de leur vie. Ainsi, quand les uns développent leurs capacités physiques, intellectuelles et sexuelles, les autres se questionnent sur leur déclin à venir (Steinberg, 2006). Certains parents, plus fragiles, auront du mal à gérer l'ambivalence suscitée par la joie de voir grandir leur enfant et la crainte de constater leur déclin. L'adolescence matérialise la fin de leur carrière « d'éducateur », dernière étape avant l'envol définitif de leur enfant. Son désir d'autonomie peut alors être douloureux pour les parents, d'autant que plus les conflits augmentent, plus la complicité parents/enfant diminue (Baer, 2002).

C'est la qualité de l'attachement et des liens unissant parents et adolescent qui permettra ce passage sans encombre et protégera le futur adulte d'une problématique addictive (Brook *et al.* 1998). Les relations intrafamiliales dépendent de la personnalité de l'adolescent, de celles des parents, des principes et valeurs qui les lient et la manière dont ils ont été transmis.

2. Des parents, c'est aussi un couple

Des études ont montré l'importance de l'harmonie du couple dans la prévention contre l'usage de drogue (Brook *et al.* 1998). Les conflits de couple rendent difficile la transmission et donc l'internalisation par l'enfant des principes et valeurs fondamentaux pour sa construction identitaire (Frinchman *et al.*, 1994).

Ainsi, derrière une addiction aux substances chez l'adolescent peut se cacher une problématique conjugale qui peut l'entretenir (relations conflictuelles, parents ayant des difficultés à créer une atmosphère sécurisante et rassurante au sein de la cellule familiale, etc.). Enfin, comme évoqué précédemment, les capacités de mentalisation de l'adolescent, encore en cours d'acquisition, peuvent faire défaut pour faire face à des situations stressantes, suscitant le passage à l'acte, le recours aux drogues, pour les « gérer ». Le produit vient comme un remède au mal-être et sa consommation peut évoluer en miroir avec l'état des parents.

Exemple :

La situation suivante est fréquente au sein des consultations jeunes consommateurs. Des parents amènent leur adolescent en consultation en se plaignant de sa consommation de cannabis, de son agressivité, de son non-respect des règles et de ses sorties permanentes. Quand on interroge l'adolescent, celui-ci explique que le climat familial est insupportable et que lui préfère être dehors que chez lui.

Progressivement, nous découvrons un conflit de couple majeur où l'adolescent est pris à partie. Continuer à suivre l'adolescent seul alors que ce sont ses parents qui vont le plus mal serait contre-productif. L'adolescent pourrait se dire, « *Mes parents vont mal et c'est moi qui dois aller chez le psy* ». C'est pourquoi, si le conflit de couple n'empêche pas de travailler sur les interactions familiales, il peut être proposé une orientation vers une thérapie familiale (exemple, MDFT, voir encadré page 72). Par contre, si la pathologie du couple est telle que ce travail familial ne peut s'envisager, l'orientation se fait vers une thérapie de couple.

3. Parents, indispensables à la prise en charge

Depuis la fin des années 80, les chercheurs ont mis en lumière les facteurs de risque et de protection de l'usage de cannabis à l'adolescence (Hawkins *et al.*, 1992 ; Oetting & Donnermeyer, 1998). Ainsi, la problématique d'usage de drogue à l'adolescence est déterminée non seulement par la personnalité de l'adolescent (acquisition de l'individualité) et les interactions environnementales

(copains, école) mais aussi par l'histoire et la psychopathologie des parents (consommation de drogue, dépression) ainsi que par les relations parents/adolescent (attachement, qualité de la relation).

Une relation parents/adolescent positive est fondamentale dans le travail avec les adolescents usagers (Baumrind, 1991).

Bien que l'influence des parents sur l'adolescent diffère de celle exercée sur l'enfant, celle-ci est et reste considérable dans tous les domaines de vie de ce dernier (Greenberg *et al.*, 1993).

Dans le cadre du PAACT, la mission du thérapeute avec les parents « adresseurs » est double :

- évaluer l'implication des parents dans le développement de l'adolescent,
- construire une alliance suffisante au bon déroulement de la thérapie.

Que faire quand le thérapeute identifie les parents comme LE facteur de risque ?

Règle n°1 Ce n'est pas parce que le thérapeute « exclut » les parents de la thérapie qu'ils s'arrêteront d'agir. Plus on les exclut, plus ils chercheront à avoir une influence sur leur enfant et sur la thérapie.

Règle n°2 L'impression que peut avoir l'adolescent d'être obligé d'aller en thérapie alors que ce sont ses parents qui, selon lui, « font n'importe quoi » est une menace pour l'alliance adolescent-thérapeute.

Règle n°3 Appuyer et être à l'unisson des plaintes de l'adolescent concernant ses parents ne favorise ni l'alliance, ni le processus thérapeutique, bien au contraire.

Règle n°4 Le thérapeute n'est pas un juge. La plupart des parents sont plus maladroits que consciemment mal intentionnés. C'est d'aide dont ils ont besoin.

Règle n°5 Le thérapeute n'est pas un juge. La maltraitance existe. Elle est du ressort du juge pour enfant.

comment soutenir les parents

1. Modalités et objectifs d'accueil des parents

Arrivant dans un contexte de crise, les parents expriment leurs inquiétudes quant au comportement de leur adolescent : acter la divergence d'opinion parents/ adolescent puis les voir séparément (cf chapitre 2) permet non seulement d'amorcer l'alliance avec l'adolescent mais également de valider la légitimité de l'intervention des adultes.

Dans le cadre du PAACT, le thérapeute va les recevoir en individuel sur quelques entretiens (2 ou 3) en début de thérapie pour accueillir et contenir leurs angoisses. Au cours du suivi de l'adolescent (mi-parcours ou fin de thérapie), une ou deux séances de bilan sur les avancées dans les différentes sphères de sa vie peuvent être réalisées avec la présence des parents. Le thérapeute peut rester disponible pour soutenir les parents mais si l'étayage n'est pas suffisant, une orientation en thérapie familiale ou en soutien à la parentalité continu ou en thérapie de couple sera proposée.

2. Construire une alliance thérapeutique avec les parents

Il existe deux types de situation rencontrés par le thérapeute :

- le parent est porteur de la demande, il constate les effets du cannabis sur son adolescent, est excédé par son comportement

et se sent impuissant face à la spirale négative. « *Comment lui faire comprendre, il se détruit et gâche sa vie, on n'arrête pas de lui expliquer qu'il devrait faire ceci ou cela* »

- l'adolescent arrive avec une obligation judiciaire de rencontrer un thérapeute au sein d'une structure de soins en addictologie. Les parents se montrent plus ou moins impliqués dans le suivi. Ils subissent aussi les conséquences de cette consommation mais ne savent ou ne pensent pouvoir faire grand-chose. « *C'est de sa responsabilité, c'est sa vie, c'est à lui de comprendre et de changer* ».

Dans le premier cas, les parents vont spontanément parler des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien avec leur adolescent. Ils sont dans une demande d'aide, de soutien et de conseils. Pointer leurs dysfonctionnements risquerait de renforcer leur sentiment de culpabilité et leur crainte d'être jugés. C'est pourquoi l'accent est davantage porté sur les attitudes et pratiques parentales positives et constructives, sur ce qu'ils ont fait et qui a fonctionné. « *S'ils ont amené leur adolescent à consulter, c'est qu'ils ne sont pas aussi défailants que cela* ». Les pratiques parentales parfaites n'existent pas ! Insister sur les attitudes parentales « positives et opérantes » permet non seulement de renforcer l'alliance mais aussi de mettre en lumière et soutenir les pratiques qui ont fait preuve de leur efficacité.

Dans le deuxième cas, les parents sont choqués d'être aussi brutalement (justice) mis face aux faits accomplis, ou au contraire apaisés par cette intervention externe. Ils se sentent à la fois responsables, fautifs,

jugés et honteux, ou soulagés que « *quelqu'un d'autre s'en occupe* ». Ils peuvent donc se montrer agressifs, démissionnaires ou indifférents à la situation de leur adolescent. Ils sont déçus et en colère. Le travail du thérapeute consiste à les accompagner à réinvestir leur rôle de parents, ou du moins à ne pas l'abandonner. Même si la prise en charge de l'adolescent est individuelle, leur adhésion et implication est essentielle dans la poursuite et le maintien de la thérapie.

Dans les deux cas, l'objectif de ces quelques entretiens est de construire une alliance suffisante avec eux afin qu'ils soutiennent le processus thérapeutique (ou du moins, qu'ils ne le « torpillent » pas).

Pour ce faire, trois éléments sont essentiels à aborder et à traiter au cours de ces entretiens :

- accuser réception et soutenir leurs craintes et angoisses – « *Vos inquiétudes sont légitimes et vous avez très bien fait de venir ici avec lui* »,
- essayer de les comprendre plus que de les juger (l'erreur serait de sur-dramatiser ou banaliser)

afin de mettre en lumière les attitudes parentales positives. L'objectif est d'encourager chez eux d'autres attitudes que l'argumentation de l'interdit et de la dangerosité, et de remobiliser leurs compétences. « *Si Maxime est arrivé jusqu'en classe de première, c'est aussi grâce à vous, grâce à votre éducation et grâce à ce que vous lui avez transmis* »

- traiter les représentations erronées induites par l'intensité des tensions familiales qui conduisent à des pratiques parentales contre-productives. Les interventions du thérapeute sont ici plus psychopédagogiques. En effet, il ne s'agit pas d'avoir un impact direct sur les interactions familiales mais de contenir les débordements émotionnels des parents afin qu'eux-mêmes puissent soutenir ceux de leur adolescent.

L'objectif est de renforcer les parents en tant que facteur de protection leur permettant d'accompagner au mieux la construction identitaire de leur adolescent (Cf. chapitre 2 : les 3 cadres aidant la construction identitaire de l'adolescent).

accuser réception
de ses craintes
et soutenir

comprendre sans juger
et faire ressortir
éléments positifs

traiter les
représentations
erronées

ex : « limiter sa liberté
et le contrôler plus »

soutenir les parents pour qu'ils soient garants de la thérapie

Exemple :

Les parents viennent avec leur adolescent suite à une mesure de justice, il est au lycée, ses résultats sont vacillants. Ils ont déjà rencontré des thérapeutes. Ils livrent d'emblée leur sentiment de culpabilité face aux difficultés de leur adolescent et évoquent leur manque de disponibilité, leurs difficultés de couple, les multiples déménagements qu'ils ont été amenés à faire pour le travail... Ils se sentent coupables et désorientés, ils pensent que tout cela a perturbé leur adolescent. Plutôt que de solliciter un énième récit du passé de l'enfant et de la famille, avec le risque d'une attitude plaquée, sans émotions, pour raconter une histoire déjà racontée, le thérapeute PAACT va rechercher les éléments positifs, qui ont permis à l'adolescent d'arriver jusqu'en classe de seconde etc. Il va souligner qu'ils sont venus ensemble pour leur adolescent, sollicitant l'émotion positive au profit de l'alliance à créer.

3. Les 10 représentations erronées des parents sur lesquelles agir

→ « *L'écouter parler de sa consommation c'est l'accepter.* »

La punition est un réflexe « naturel » de parent qui apprend la prise de drogue de son enfant. Il en attend un arrêt total de la consommation et la disparition quasi magique du problème. L'anxiété suscitée par la découverte d'une consommation de drogue se traduit souvent par une réaction vive, ferme et intransigeante.

En réponse, le jeune passe en mode « sous-marin » pour avoir la paix et garder la pleine liberté de faire ce que bon lui semble.

Il tient en surface un discours conforme aux exigences des parents mais cache ce qui se passe réellement. Ce mécanisme va s'auto-renforcer : les parents, devenant de moins en moins dupe de la situation, imposent un contrôle de plus en plus strict ; l'adolescent, par crainte de perdre sa sphère privée et sa liberté va encore plus se cacher. Ni les uns ni les autres ne sortiront indemne de ce jeu du chat et de la souris.

Ce type de blocage pousse le thérapeute à prendre un rôle « d'indigène » des parents ou de « complice » de l'adolescent, au risque de malmener l'alliance avec les uns ou les autres. Évitant cette position contre-productive, il va les voir séparément pour amener l'adolescent à parler à ses parents et accompagner ceux-ci dans une écoute apaisée. Une bonne relation parents-enfant est précieuse pour éviter une perte de confiance qui rendrait tout travail impossible. Être un parent demande d'équilibrer son discours entre la position « haute » du cadre éducatif et la position « basse » de l'écoute et de l'empathie, les deux étant complémentaires et non exclusives.

La rigidité consiste à n'avoir qu'une seule et unique attitude. Le thérapeute devra maintenir son cadre de travail, tout en favorisant la relation et l'écoute entre le jeune et ses parents pour qu'ils se parlent des consommations. Il va donc s'attacher à réunir les conditions de cet échange. La question des parents « *Est-ce que mon enfant fume ?* », est retournée en « *Comment réunir les conditions nécessaires pour que cette question soit traitée entre eux et leur adolescent ?* ».

Si la révélation des consommations par l'adolescent conduit systématiquement à la punition sans explication ni échange, la communication sera rompue. Pour écouter son enfant parler de sa consommation, il faut pouvoir l'entendre sans avoir l'impression de lui donner par sa seule position d'écoute sa « bénédiction » et être ainsi obligé de le punir pour bien signifier son désaccord.

Comprendre, ce n'est ni acquiescer ni accepter !

« Si vous n'avez pas une bonne relation avec votre enfant, il ne vous écouterait pas même si ce que vous dites est pertinent. Pensez à la façon dont vous interagissez avec les autres adultes. Si vous avez une bonne relation avec eux, vous avez tendance à plus les croire, à écouter leurs opinions et être d'accord avec eux. Si c'est quelqu'un que vous n'aimez pas, vous ignorez ses opinions ».

→ « **De toute façon, la famille, il s'en fout.** »

Les parents vivent douloureusement ce qu'ils ressentent comme de l'indifférence à leur égard : « Notre enfant agit comme s'il était à l'hôtel, nous sommes des étrangers pour lui ». La consommation de drogues, qui leur échappe et qu'ils ne comprennent pas, aggrave cette douleur. L'intervention éventuelle de la justice ajoute un sentiment d'impuissance et de découragement qui peut les conduire à jeter l'éponge, à désinvestir leur implication dans le suivi de l'adolescent. Ce dernier risquera alors de baisser les bras en se disant : « *Si même mes parents me lâchent, à quoi bon ?* ».

Ce qui compte le plus pour un adolescent, même s'il affirme le contraire, c'est sa famille. Le processus de séparation-individuation nécessite qu'il marque sa différence, quitte à adopter des attitudes paradoxales que dévoilent des formules comme « *Même si je savais que mes parents avaient raison, je ne pouvais faire autrement que dire qu'ils avaient tort* ». Ne pas s'arrêter aux mots et attitudes du jeune, reformuler ce qu'il ne peut exprimer émotionnellement de manière intelligible à un moment précis de la conversation est souvent épuisant mais permet d'écarter sous-entendus et malentendus.

Exemple

Thomas est un jeune de 16 ans. Il est dépendant au cannabis. Une interpellation de la police l'a conduit à être contraint aux soins. Il accepte de venir aux entretiens que nous lui proposons. Les parents évoquent rapidement le non-respect des règles de Thomas et le climat familial qui se détériore : « *La semaine dernière, il est sorti sans autorisation et cette semaine, malgré l'interdiction de sorties, il est parti voir ses amis* ». Ils expliquent que lorsque Thomas est rentré à la maison, ils lui sont « tombés dessus ». Ils lui ont dit qu'il se fichait de tout, de sa famille, de ses parents, de son avenir, etc. Ils ont accusé ses copains de l'entraîner dans une spirale dangereuse et lui de se laisser influencer. Ils lui ont dit qu'ils ne pouvaient plus avoir confiance en lui, qu'il était un drogué. L'adolescent a pris la mouche, il s'est enfermé dans sa chambre, le dialogue est rompu, il ne respecte plus aucune règle.

→ « *Nous l'avons beaucoup trop gâté...* »

Gâter son enfant n'est pas la démonstration d'un trop d'amour, c'est généralement donner des choses à la place de l'amour. L'absence des parents ne peut être compensée par des biens matériels. Cette confusion prend l'effet d'une bombe à retardement : l'enfant reçoit les cadeaux, il en profite et manifeste peu son mécontentement par rapport à la situation, c'est à l'adolescence, au moment de sa prise de conscience émotionnelle, qu'il revendiquera, sous forme de passage à l'acte, une plus grande présence et attention de ses parents.

Exemple :

Aurélien est issu d'une riche famille. Les parents sont souvent absents. Aurélien a longtemps été gardé par des nourrices puis par des baby-sitters.

À l'école, il manifeste une démotivation massive. Il s'est également mis à fumer du cannabis en grande quantité. Lors des entretiens, il dit n'avoir plus aucun élan ou attrait pour quoi que ce soit.

Les parents disent qu'il a été trop gâté, qu'ils n'auraient pas dû lui donner autant de choses. Ils se disent que le mieux c'est de lui payer un bon internat, cadre qui le remettra sur le droit chemin, oubliant que leur fils a plus besoin d'eux que de leur argent.

→ « *Ce qu'il/elle lui faudrait, c'est un bon coup de pied au c...* »

Utiliser la force est contre-productif. Souvent les parents utilisent la force quand ils sont dépassés, qu'ils ne peuvent faire autrement. L'agressivité est aussi le reflet des angoisses parentales qui ne trouvent aucun apaisement.

En cas de passage à l'acte, la relation sera irrémédiablement altérée, voire rompue. La restauration de ces liens passera par des explications, la reconnaissance de la violence et l'expression de regret.

Exemple :

« *Si j'apprends qu'il fume je le gifle* »

- Cette attitude aura deux conséquences : l'adolescent voulant éviter la gifle fera tout pour y échapper : nier farouchement et cacher toute prise.
- La résolution de problème par la violence, une fois apprise, ne demandera qu'à être reproduite*...

* Les enfants qui reçoivent des corrections physiques (giffes, fessées...) sont plus enclins à se battre avec les autres enfants. Ils sont plus à même d'être des tyrans/petites brutes et d'utiliser la force physique/l'agressivité pour résoudre les conflits avec les autres.

Si le thérapeute constate des violences familiales, deux solutions sont possibles :

- Soit les actes sont suffisamment graves pour justifier d'un signalement à la justice, par l'intermédiaire du juge pour enfant. Pour tout professionnel soignant, la levée du secret professionnel dans les circonstances de sévices à mineur est un devoir légal (art. 226-13 du code pénal).
- Soit, dans un premier temps, il est possible d'accompagner les parents à reconnaître, verbaliser et expliquer cette violence, pour, dans un second temps, la travailler en entretien familial avec l'accord du jeune (cadre d'une thérapie familiale indispensable). Ces situations posent clairement le dilemme entre suivi individuel et suivi familial. D'un côté le jeune peut se sentir effrayé à l'idée que l'on puisse aborder le problème avec ses parents, de l'autre il peut ressentir douloureusement l'impression d'aller en thérapie « à cause de ses parents ».



→ « Avec tout ce qui s'est passé, je n'ai plus aucune confiance. Pourriez-vous lui faire un test urinaire ? »

Lorsque les parents demandent un test urinaire ou un test sanguin, le thérapeute est enclin à refuser, pour ne pas accéder à une injonction parentale qui risquerait de détruire l'alliance avec l'adolescent et le processus thérapeutique. Cependant, le refus catégorique peut également mettre à mal l'alliance avec les parents. En outre, si l'adolescent affirme qu'il a arrêté sa consommation malgré le scepticisme justifié des parents, comment poursuivre « en aveugle » le travail d'accompagnement en addictologie ?

Pour les parents, savoir ce que fait leur adolescent leurs semble, en règle générale, rassurant. Cependant, la manière dont ils vont s'y prendre pour mieux appréhender ses activités va directement impacter leur relation, soit positivement soit négativement. Toute injonction et intrusion dans sa vie risque de détériorer le lien qui les unit.

C'est pourquoi, la demande d'un test urinaire soulève des questions somme toute plus importantes que le simple résultat :

- Pourquoi l'adolescent ne leur parle pas de sa consommation, et plus encore, leur ment ?
- Quelles vont être les conséquences d'une demande de test urinaire sur leurs relations ?
- Si le test est positif, que comptent faire les parents, comment vont-ils réagir ?

Le thérapeute va mettre l'accent sur la qualité de leurs relations et de leurs échanges plutôt que sur le résultat propre du test. L'important est de mieux comprendre pour mieux agir et non pas de mieux surveiller pour mieux contrôler (ce qui est vain !).

Rappel sur les tests de dépistage au cannabis

Test sanguin : le test de dépistage sanguin permet de détecter une consommation de cannabis dans un délai maximum de 2 à 10h après la prise. Seule l'analyse de sang permet de différencier principes actifs et métabolites dépourvus d'effets psychoactifs et de faire une analyse quantitative.

Test urinaire : le test de dépistage urinaire permet le dépistage rapide d'une consommation de cannabis, et cela jusqu'à 2 à 7 jours après une prise occasionnelle, et bien plus longtemps chez les consommateurs chroniques, les taux de THC-COOH y étant très élevés. Les tests peuvent être positifs jusqu'à 3 semaines après la prise chez les consommateurs quotidiens et jusqu'à 12 jours chez les fumeurs réguliers.

Test salivaire : le test de dépistage par la salive permet de détecter une consommation récente de cannabis (de 2 à 10 heures). Cependant, il n'est pas assez fiable aujourd'hui – trop de faux positifs ou négatifs- pour en faire un outil de dépistage de masse, non invasif.

Il n'existe pas d'outil de dépistage rapide, fiable et simple, sans prélèvement biologique de la consommation de cannabis. Les tests de dépistage urinaires permettent un dépistage rapide de la consommation de cannabis mais ont un inconvénient : ils ne permettent en particulier pas de distinguer une consommation récente ou plus ancienne de cannabis.

Exemple :

Des parents ont réalisé un test sanguin cannabis à l'insu de leur enfant. Celui-ci a un parcours correct même s'il leur dissimule beaucoup de sa vie. Prétextant un examen de routine, ils en ont « profité » pour demander le dosage de THC. Celui-ci est revenu positif et ils demandent au thérapeute comment

« l'annoncer » et l'aborder avec leur adolescent.

Le thérapeute comprend parfaitement leur embarras et décide de travailler avec eux les conséquences de l'annonce du test pratiqué illégitimement. Parents et thérapeute en arrivent à la même conclusion de ce qu'il convient de faire avec le résultat de ce test : rien... Le thérapeute insiste sur les avantages des liens familiaux de bonne qualité.

→ « *Il faut le séparer de son groupe d'amis qui ont une mauvaise influence sur lui.* »

Les premières expériences d'usage sont généralement vécues en groupe.

La fréquentation d'un groupe de pairs fumeurs représente un facteur de risque reconnu dans la littérature. Logiquement les parents incriminent souvent les mauvaises influences des amis et insistent sur l'intérêt d'en éloigner leur adolescent pour le protéger.

Dans certaines situations, cet éloignement peut avoir des effets bénéfiques, mais dans d'autres, il est inefficace voire contre-productif. Dans un esprit d'affirmation, plus l'adolescent a l'impression que ses parents n'apprécient pas ses amis, plus il s'y attachera. Le groupe est essentiel à l'adolescence et il le sera tout au long de son existence. Avoir de bons copains favorise un bon développement, de meilleurs rendements et intégration scolaires et professionnels. Afin de prévenir une évolution du groupe en une « association de malfaiteurs », les parents doivent se garder de trop critiquer et au contraire susciter des échanges sur les relations de l'adolescent avec ses amis (*pour mieux combattre ses ennemis, mieux vaut les connaître !*).

Par ailleurs, c'est avant tout à l'adolescent de faire en sorte que ses relations amicales soient constructives pour lui. Il est important et parfois plus bénéfique de responsabiliser l'adolescent face à ses pairs plutôt que de lui en interdire l'accès. Cependant, si le groupe d'amis pousse chacun de ses membres vers l'autodestruction, c'est tout le groupe qui doit être dissous.

→ « *Tant qu'il me manquera de respect, rien ne sera possible.* »

La meilleure façon pour qu'un jeune s'adresse avec respect à ses parents, c'est que ses parents le traitent avec respect, lui donnent la même civilité qu'ils donnent aux autres : lui parler poliment, entendre ses opinions et être attentif à son discours. Cette attitude l'encouragera naturellement à faire de même. La relation que les parents ont avec leur enfant constitue la fondation de ses relations avec les autres : les enfants traitent les autres comme leurs parents les traitent.. Il s'agit également d'un argument de poids face à l'adolescent : « *Tu dois me respecter parce que moi je te respecte.* »

Exemple :

Beaucoup de parents se plaignent en consultation des insultes permanentes de leur adolescent. Ils demandent : « *Pourquoi ne nous respecte-t-il pas et comment faire, pour qu'à nouveau il nous respecte ?* ». Ils disent avoir tout essayé : la dissuasion, la punition, la récompense, etc. Ils sont à court d'arguments et demandent conseil. À la question de savoir pourquoi et comment un adolescent doit respecter ses parents, il y a une réponse évidente : parce que ses parents le respectent aussi.

→ « *Je ne peux plus rien faire, je jette l'éponge.* »

Être un parent impliqué prend du temps et est un travail difficile (le plus dur métier du monde!, disait l'autre). Il signifie souvent repenser, réorganiser, réadapter ses priorités et parfois même sacrifier des choses pour les besoins de son enfant. Être parents, c'est être présents physiquement certes mais psychiquement aussi.

Exemple :

Il nous arrive fréquemment de recevoir des parents « au bord de la crises de nerfs ». Parfois, aux difficultés de leur adolescent viennent se rajouter d'autres problèmes : les soucis professionnels dans un contexte économique très défavorable, ou encore la nécessité de prendre en charge leurs propres parents en situation de déclin sur le plan de la santé, etc. Face à ces situations, bien que la thérapie soit celle de l'adolescent, le thérapeute peut se rendre disponible pour offrir une écoute attentive et prendre en considération les soucis des parents. Il pourra si nécessaire les orienter vers un autre thérapeute pour un accompagnement plus individualisé. Cette prise en compte améliore l'alliance avec les parents et, par ricochet, l'observance thérapeutique avec l'adolescent.

→ « *Maintenant fini la liberté, je contrôle tout.* »

Quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit, les parents devraient toujours pouvoir répondre à ces 3 questions : où est mon enfant ? Avec qui ? Et pour faire quoi ? Mais la façon de le faire va évoluer. Le processus éducatif qu'ils portent organise une appropriation progressive des règles, des premiers interdits

en passant par des autorisations de sorties contrôlées et sécurisées jusqu'à celles où l'adolescent répondra le strict minimum aux trois questions. Les pratiques parentales suivent le développement de l'enfant puis de l'adolescent. Les parents procèdent par essais et erreurs, ralentissant ou favorisant le développement. Fixer des limites permet de développer un sens de l'autocontrôle. Encourager l'indépendance développe un sens de l'auto-direction. Pour réussir dans la vie, l'adulte en devenir a besoin des deux. Il est « normal » pour un adolescent de dissimuler et de transgresser, c'est une clé essentielle de son développement. De façon erronée, beaucoup de parents confondent processus d'autonomisation et rébellion ou désobéissance. La quête d'indépendance est propre à la nature humaine, c'est vouloir contrôler sa vie plutôt que de se sentir contrôlé par quelqu'un d'autre. Cependant, il y a une différence entre prise de risque et mise en danger. L'usage répété de substance psychoactive peut avoir des conséquences délétères sur la construction identitaire de l'adolescent et sur son avenir. Les règles, les limites et le contrôle sont donc nécessaires. La confiance n'est pas une composante absolue qui se raisonne de façon binaire « avoir ou ne pas avoir confiance », elle est partielle, ciblée et s'adapte aux circonstances « j'ai confiance sur... ». Laisser plus de liberté doit permettre à l'adolescent de s'épanouir. S'il l'utilise pour s'autodétruire, il est légitime de la restreindre.

Exemple :

Une mère dit : « *J'essaye de limiter ses sorties pour le protéger au maximum, pour*

éviter qu'il fasse des bêtises et surtout pour l'empêcher de fumer mais ça ne marche pas toujours, parfois il sort quand même, que dois-je faire ?».

Le thérapeute pourra répondre : « Les règles que l'adolescent a apprises de ses parents depuis tout petit vont façonner les conduites qu'il s'appliquera à lui-même. Cependant, il est malheureusement contre-productif et illusoire d'être derrière son enfant tout le temps. Plus il grandit, plus il doit faire ses propres choix, comprendre qu'il s'agit de sa santé, de son avenir. L'idée n'est pas de contrôler mais qu'il puisse acquérir ses propres capacités d'autocontrôle ».

→ **« À 12 ans il faudrait les congeler. »**

L'enfant change et évolue, ce qui implique une adaptation et des ajustements systématiques des parents. Les bouleversements pubertaires sont une épreuve pour l'adolescent mais aussi pour les parents. Ils viennent interpellé brutalement et sans répit. Le mauvais choix serait de ne pas s'adapter à l'évolution de leur adolescent, de passer à côté des choses positives qui peuvent arriver à cet âge et d'entraver le processus de construction identitaire si important pour l'avenir.

Un enfant dit quasi systématiquement « je t'aime » à ses parents, c'est développemental. Un adolescent ne fait plus les choses de façon systématique, en particulier quand il s'agit des parents, mais quand il le fait, il le fait de manière authentique et sincère.

Conclusion

Travailler avec les parents est essentiel, c'est LA particularité des prises en charge des adolescents. Écouter les parents, être réceptif à leur préoccupations, ne pas avoir d'attitude de jugement, essayer de les aider est un élément crucial de la prise en charge du jeune. Ces interventions auprès des parents renforcent l'engagement et l'observance de l'adolescent au processus d'accompagnement thérapeutique.

6 les compléments à la prise en charge

la poly- consommation

- Qu'entend-t-on par poly-consommation ?
- Quels problèmes cela peut-il poser ?
- Comment la considérer dans la prise en charge ?

1. Poly-consommation : la règle !

À l'adolescence, la poly-consommation n'est pas l'exception, mais la règle. Selon l'enquête ESCAPAD, près de 80% des adolescents expérimentent plusieurs produits (Beck *et al.*, 2000). En France, les poly-consommations les plus fréquentes sont tabac+alcool+cannabis et tabac+alcool loin devant les associations tabac+cannabis et alcool+cannabis. Enfin, parmi ceux qui essaient d'autres drogues hallucinogènes ou psychostimulantes, 90% consomment aussi cannabis.

Les groupes de poly-consommateurs (licite, illicite, dure)

Le choix du type de drogue dépend de l'influence des pairs, de la disponibilité et des représentations que l'utilisateur se fait du produit. Ces représentations se composent des effets attribués à un produit dont il ne maîtrise pas encore l'usage, et de l'image qu'il se fait de lui-même en train de consommer (Morel & Coueron, 2008). L'adolescent, en plein questionnement identitaire sur ce qu'il est et voudrait être ne recherche pas seulement

des effets de la consommation, il souhaite aussi renvoyer aux autres une image qu'il juge positive de lui-même. Cette fabrication identitaire utilise donc les images véhiculées par la société, les pairs et l'entourage familial. Cliniquement, on peut ainsi distinguer trois groupes d'adolescents poly-consommateurs :

- le premier groupe est celui des consommateurs de drogues licites, tabac et alcool, sur lequel l'interdit a un impact. Il est le plus inséré socialement et arrive rarement en consultation jeunes consommateurs. Sur ce groupe, les campagnes de prévention sont efficaces et permettront de préserver leur santé à court et long terme.
- le deuxième groupe est celui des consommateurs d'alcool, tabac et cannabis. L'interdit judiciaire est brisé « partiellement » au profit du cannabis, que le jeune considère comme peu ou pas dangereux. Cependant, beaucoup de ces consommateurs déclarent refuser de toucher à d'autres produits illégaux considérés comme plus dangereux... La consommation d'alcool et de tabac, chez une majorité, renforce l'hypothèse selon laquelle

chez l'adolescent, la recherche de sensation et la construction d'une image de soi complète le désir de briser l'interdit. Il s'agit du public reçu au sein des CJC, souvent orienté pour une prise de cannabis même si parfois la prise d'alcool s'avère plus problématique à court terme et la consommation de tabac plus délétère sur la santé à long terme.

- Le troisième groupe est celui de ceux qui utilisent des drogues moins répandues : stimulants, hallucinogènes, voire opiacés. Même s'ils sont peu nombreux, les adolescents de ce groupe peuvent être les plus problématiques. Ils sont souvent issus de famille fragile, parfois déjà dans la marginalité et présentent des comorbidités psychopathologiques. Les CJC permettent de les repérer, rarement de les traiter. Ils devront être orientés vers les CSAPA et/ou les CMP.

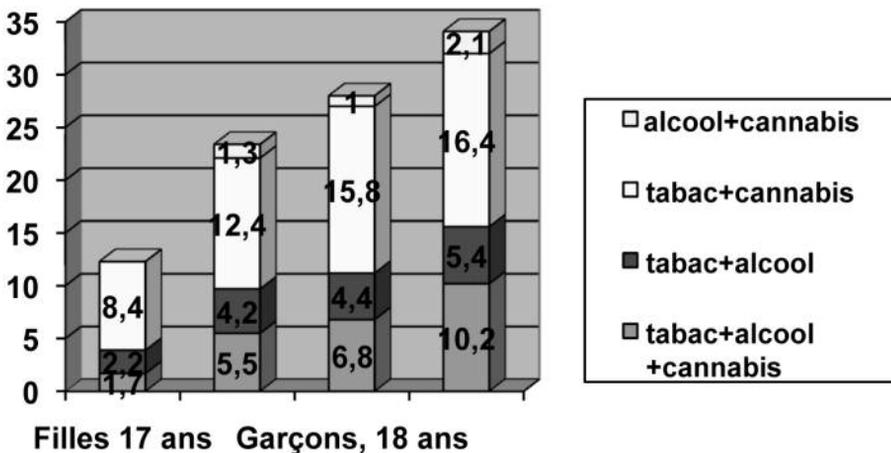
Usage concomitant / poly-consommation, poly-expérimentation

On parle d'usage concomitant lorsque plusieurs produits sont consommés en même temps et de poly-expérimentation ou poly-consommation quand plusieurs substances psychoactives ont été respectivement expérimentées ou consommées.

• Usage concomitant

L'association de plusieurs substances a pour but d'en tirer un maximum de bénéfice. Une quarantaine d'associations différentes de substances psychoactives, s'inscrivant dans le cadre d'une régulation des consommations ont été recensées par les observateurs du dispositif TREND (Bello *et al.*, 2001). Selon ce rapport, les associations de produits peuvent

Quelques chiffres



Les consommations répétées d'alcool, de tabac et de cannabis chez les jeunes
Fréquence en pourcentage de la poly consommation répétée chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe et par âge. Source ESCAPAD, (Beck et al., 2000).

être classées selon leurs finalités respectives et regroupées en trois fonctions :

- la fonction de maximalisation qui consiste à tirer le maximum d'effets « positifs » de l'association de plusieurs substances. Ainsi le cannabis est utilisé pour amplifier et accélérer la montée de l'ecstasy, les benzodiazépines pour potentialiser l'effet des opiacés, la cocaïne pour prolonger ceux de l'ecstasy et les amphétamines pour relancer les effets du LSD ou de l'ecstasy. Chez les jeunes adolescents, l'association alcool et cannabis permet d'amplifier l'effet « défonce » ;
- la fonction d'équilibrage des effets, quand ils se corrigent mutuellement pour permettre au consommateur d'adapter à tout moment les effets ressentis aux fluctuations des contextes ou à son désir d'expérimenter des états différents. C'est le cas pour la consommation concomitante de LSD et d'ecstasy qui permet d'ajouter la composante « empathogène » à la fonction hallucinogène.
- La fonction de maîtrise des effets négatifs d'une ou plusieurs substances psychoactives, dont l'objectif est de ne conserver que des effets « positifs ». Il s'agit alors soit d'atténuer la forte montée en prenant des opiacés avec des stimulants, soit, plus fréquemment, d'adoucir la descente en prenant des benzodiazépines avec des psychostimulants. En soirée, l'association alcool et psychostimulant comme la taurine (Redbull®) permet d'amoinrir les effets soporifiques de l'alcool.

L'usage concomitant s'observe surtout dans le cadre de consommations festives à visée de « défonce », de stimulation ou de modification des sensations avec recherche d'hallucinations. Les dangers sont avant tout toxiques, associés

aux risques aigus liés à la consommation de ces différentes substances (Town *et al.*, 2006) :

- pour les calmants, les surdoses avec arrêt cardio-respiratoire (en particulier pour les associations opiacés et benzodiazépines) [11],
- pour les hallucinogène, la plongée dans des états délirants,
- pour les stimulants l'apparition de raptus anxieux.

La difficulté est alors de reconnaître les différentes substances qui ont été ingérées pour pouvoir définir l'attitude thérapeutique à adopter.

• poly-expérimentation, poly-consommation

La poly-expérimentation est fréquente chez les adolescents. Elle répond autant à l'envie de tout tester pour se faire sa propre opinion qu'à la recherche d'une image de soi que les usages modifient. Toutes les expériences ne sont pas identiques. Faire en groupe l'expérience d'un joint ou d'une injection n'a ni les mêmes origines ni les mêmes conséquences. Il est essentiel de distinguer la prise de risque, banale à l'adolescence, de la mise en danger qui nécessite une attention particulière. La théorie de l'escalade n'ayant jamais fait la preuve de sa véracité, il est plus adapté de parler « d'opportunités en chaîne » qui peuvent conduire d'une expérience à une autre. Certes, toutes les personnes consommatrices d'héroïne ont débuté par le cannabis, leur parcours et leur histoire les ont emmenées de l'un à l'autre de façon quasi inéluctable mais l'immense majorité des consommateurs de cannabis en restera là. Dans les poly-consommations cannabis+ alcool

+tabac, à court terme, il y a une potentialisation des effets subjectifs et psychomoteurs de l'alcool et du cannabis, et à long terme, une augmentation du risque de cancers.

2. Inclusion de ces paramètres dans le PAACT

Un choix stratégique

Même si l'intérêt d'un « sevrage total » est admis par les deux, clinicien et usager vont échafauder des étapes thérapeutiques dans la mesure où l'arrêt de toutes les consommations en même temps est généralement difficile et de mauvais pronostic.

Ces étapes se définiront en fonction :

- de la volonté du patient : souhaite-t-il un sevrage partiel – arrêt du cannabis tout en gardant l'alcool festif et en se considérant « pas prêt pour arrêter le tabac » ? D'autres mettront l'alcool au premier plan, malgré une demande initiale des adultes centrée sur le cannabis. Il est parfois plus facile pour le thérapeute de construire l'alliance autour d'un produit qui fait consensus entre ado/adultes sur sa dangerosité, plutôt que de se focaliser sur une substance dont l'adolescent nie les conséquences néfastes.

L'alliance thérapeutique peut, par exemple, se construire sur le tabac, pour qu'une fois la confiance créée, le jeune puisse aborder la question des autres consommations ;

- des effets de l'arrêt d'un produit sur la motivation du patient : plus un sevrage engendrera de bénéfices, plus le jeune sera enclin à poursuivre l'arrêt des autres produits. Le succès engendre le succès et accroît la

confiance en soi ;

- du niveau d'usage : expérimentation, abus, dépendance ;
- de l'urgence de la situation clinique et sociale de l'adolescent : le tabac est sans doute le produit le plus dangereux pour la santé à long terme, mais les troubles du comportement engendrés par le cannabis et l'alcool sont plus nocifs pour son insertion sociale et scolaire.

Dans certaines situations, une prise en charge concomitante peut avoir du sens. En cas de poly-consommation tabac-cannabis, il est très difficile de savoir si les signes de sevrage sont dus à l'un ou l'autre des produits.

Dans les programmes de sevrage au cannabis, l'efficacité de la double prise en charge cannabis-tabac avec notamment l'utilisation des patchs de nicotine en association avec la psychothérapie est cliniquement reconnue.

Des réponses variées et adaptées

Dans le PAACT, l'auto-évaluation des usages permet d'obtenir une vision globale de l'ensemble des consommations actuelles et de hiérarchiser les priorités pour la prise en charge. En effet, l'exploration des usages concomitants, des poly-expérimentations et des poly-consommations renseigne le thérapeute sur les adaptations à apporter au suivi.

Il dispose ainsi de plusieurs outils :

- l'information sur les interactions entre produits et les risques,
- la réduction des risques au travers des conseils et des échanges,
- les thérapies qui traitent des difficultés sous-jacentes,

- l'orientation vers d'autres prises en charge telles que le sevrage alcool, la consultation spécifique de tabacologie, etc.

Conclusion

Le thérapeute s'adapte à la poly-consommation du patient, aux effets à court et à long terme des produits et au stade de la thérapie PAACT qu'il souhaite travailler. Laisser de côté une consommation délétère mais vécue comme peu problématique pour se centrer sur une autre, vécue comme dangereuse, renforce l'alliance et favorise la prise en charge.

Si le jeune constate les bénéfices du suivi voire de l'arrêt de cette consommation, le thérapeute aura un argument de poids pour revenir sur la consommation première.



le phénomène du “binge drinking”

- Qu’est-ce que le « binge drinking » ?
- Quelles en sont les conséquences ?
- Comment l’aborder dans le cadre du processus thérapeutique PAACT ?

1. Notions et état des lieux

Définition du *binge drinking*: l’Alcoolisation Ponctuelle Importante (API)

La définition scientifique du *binge drinking* est en discussion. Les uns retiennent une consommation d’environ 60 à 70 g d’éthanol pur (soit 6 à 7 verres standards ou unités d’alcool en France), absorbée sur environ deux heures, au cours des six derniers mois (SAMHSA, 2011). Ce seuil a été choisi car il induit des dommages sociaux mesurables (Weschler & Austin, 1998). En France, on parle d’Alcoolisation Ponctuelle Importante (API), définie par le fait d’avoir bu 6 verres ou plus en une même occasion, une fois par mois ou plus souvent au cours des douze derniers mois. L’enquête ESCAPAD 2011 atteste qu’à l’âge de 17ans, cette alcoolisation ponctuelle importante (API) concerne plus de la moitié des jeunes : 53,2 % disent avoir bu au moins 5 verres en une même occasion au cours du mois écoulé (ils étaient 48,7 % en 2008 et 45,8 % en 2005) (Spilka *et al.*, 2012).

L’alcool : du normal au pathologique

L’attrait pour l’alcool n’est pas spécifique de la jeunesse. Les boissons alcooliques font partie intégrante de notre culture. Nombreuses et variées, elles sont d’accès facile et leur usage est licite, et même associé à la convivialité, au plaisir et à la fête. Autant de facteurs qui rendent leur consommation relativement inéluctable chez les jeunes. D’ailleurs, de nouvelles formes d’alcoolisation sont régulièrement évoquées – apéros géants, neknomination, etc. – qui ne sont souvent que des « modernisations » de pratiques anciennes (occupation de l’espace public, jeu de défis).

La prise de risque accompagne le développement de l’adolescent, conduisant à distinguer le risque voulu et consenti de la mise en danger souvent involontaire et imposée par l’état psychique de l’autre ou de soi-même. Or les propriétés neuropsychiques de l’alcool ont un pouvoir d’altération du libre-arbitre et de perte de liberté (les actes commis ou subis sous alcool sont souvent regrettés dès le lendemain).

L'alcool, comme les autres produits, peut avoir une fonction « solution » et auto-thérapeutique d'état dépressif ou de trouble de la personnalité, associée à une intolérance à la frustration, une impulsivité et une tendance à transgresser les règles sociales. Par son action anxiolytique et anti-pensée à court terme, son accessibilité et sa disponibilité, il est souvent considéré comme le « médicament du pauvre ». Chez l'adolescent, il permet un soulagement immédiat sans consulter un professionnel de santé ou demander à l'adulte une aide (même si l'alcool n'a jamais soigné personne !). L'ivresse devenant la règle dans certaines communautés de jeunes, l'alcoolisme régulier et excessif peut passer inaperçu et permettre d'intégrer le groupe. Non seulement l'alcool n'arrangera rien, mais il aggravera la situation du jeune en l'isolant de sa famille, du monde des adultes, de toute personne professionnelle qui pourrait lui apporter des soins et un réel soulagement.

Des conséquences néfastes à court et long terme

Des complications médicales graves peuvent survenir lors d'intoxications aiguës : coma éthylique et décès, traumatismes, troubles respiratoires... (Naimi *et al.*, 2003). Ces troubles sont d'autant plus fréquents et leurs conséquences importantes que l'individu est jeune. Cette consommation excessive ponctuelle et festive n'expose pas aux mêmes dangers que la consommation régulière d'alcool : la perte de contrôle, les comportements violents et impulsifs, dangereux pour les autres et pour soi, accidents de la route ou de sport. Le jeune éméché devient la victime

idéale de rixes, de manipulations et de violences physiques, morales ou sexuelles (CDCP, 2014 ; OJJDP, 2005).

Les API sont un indicateur des consommations d'alcool à problème, de la santé psychique des jeunes ou encore des futures dépendances. Elles sont surtout rencontrées chez les 15-25 ans, période pendant laquelle le cerveau n'a pas terminé sa maturation et subit encore des transformations importantes (notamment, « l'élagage » synaptique, c'est-à-dire une élimination des connexions inutiles entre les neurones tandis que d'autres sont maintenues, renforcées ou nouvellement établies). L'alcool perturbe les processus de neuro-maturation qui continuent tout au long de l'adolescence et contribuent à l'augmentation de l'efficacité cognitive. Le cerveau adolescent est beaucoup plus sensible aux effets toxiques de l'alcool que celui de l'adulte. Des études récentes relatent également des atteintes somatiques induites par les APIs : au niveau du cœur (Biyik & Ergene, 2006) et du foie (Mathurin & Deltenre, 2009). Par ailleurs, une certaine symptomatologie s'observe et se chronicise chez ces adolescents : augmentation des affects négatifs, avec intolérance au stress, états anxio-dépressifs, et parfois apparition d'idées suicidaires. Les jeunes *binge drinkers* devenus adultes peuvent souffrir de troubles de l'humeur, d'anxiété et de difficultés de régulation de leurs émotions (Falk *et al.*, 2008).

2. Prise en charge des APIs dans le cadre du PAACT

Prendre en charge les conduites d'API chez les adolescents est nécessaire, même quand ce n'est pas le motif principal de la prise de la consultation.

Fonction et sens de l'alcool chez les jeunes : risque de chronicisation

Les deux effets principaux de l'alcool recherchés par l'adolescent sont :

- la levée des inhibitions. La désinhibition consiste à faire ce que, à jeun, on ne ferait pas. Sous alcool, on peut faire abstraction du regard des autres et de la pression des valeurs morales acquises (« le surmoi se dissout dans l'alcool », disait Freud). Pour certains adolescents, la boisson est le seul moyen de se « lâcher », de faire la fête, de pouvoir s'exprimer en public. L'alcool a un effet direct sur le bien-être. D'autre part, l'effet d'entraînement du groupe est fort et un jeune peut se contraindre à boire s'il risque d'être exclu du groupe.
- la sensation de plaisir. L'ivresse « offre » la possibilité d'accéder à la satisfaction de manière immédiate. Poussé à l'extrême, c'est une recherche de quasi coma, d'être en dehors du monde, dans un état où « on ne pense plus ». Pour certains, à travers le laisser aller, ils compenseront des manques affectifs, des blessures qu'ils n'arrivent pas à colmater autrement que par l'ingestion massive de substances psychoactives.

Les API représentent également un rite de passage à l'âge adulte. Parce que l'interdiction d'ivresse pour l'enfant est admise,

se l'autoriser signifie *ipso facto*, entrer dans le monde des adultes. Au cours de soirées, des jeux avec de l'alcool sont organisés pour prouver ce dont on est capable. Pour se sentir admis dans la bande de copains et être considéré comme quelqu'un de « sympa » ou de « cool » (être un « populaire » plutôt qu'un « bolos », comme ils le disent), il ne faut pas être « celui qui ne boit pas, celui qui respecte sans mot dire les lois des parents ». Face à la pression du groupe, il est souvent difficile de refuser et de s'auto-exclure. La consommation peut devenir régulière quand elle cache un mal-être profond voire une véritable dépression. Les signes repérables sont alors les suivants : le sentiment d'être délaissé, l'isolement, la tristesse, les tensions familiales, l'échec voire le décrochage scolaire... L'adolescent passe alors des APIs du week-end à un alcoolisme chronique.

Intégrer une approche réduction des risques

La relation entre alcool et jeune n'est pas toujours négative. Toute prise en charge chez un jeune doit à la fois se centrer sur la prévention et sur les soins. Il convient de réduire les risques liés aux prises abusives, de prévenir l'entrée dans des consommations problématiques et pour certains jeunes adultes, de véritablement traiter la pathologie de l'abus voire de la dépendance. Les Alcoolisations Ponctuelles Intensive (API) commencent à être des motifs de consultation en CJC, d'autres sont parfois « avouées » en cours de suivi.

5 règles pour traiter la question des API dans le cadre du Paact :

- Attitude de non jugement des conduites festives.
La fête est un élément essentiel dans la vie d'un être humain.
- Insister sur le développement des compétences psychosociales pour éviter la mise en danger.
- Responsabiliser l'adolescent pour qu'il apprenne à gérer une fête qui doit rester un espace de liberté, non un lieu de mise en danger et d'aliénation.
- Travailler sur l'autorégulation du groupe. Un groupe qui entraînerait ses membres dans l'autodestruction est voué à la dissolution.
- Faire prendre conscience que si la fête est un choix pour un individu, l'autodestruction est une contrainte qui légitime l'intervention extérieure.

Les conséquences de ces alcoolisations justifient que le thérapeute aborde systématiquement ces questions au cours des deux phases de la thérapie PAACT. Une approche de réduction des risques paraît la plus adaptée, surtout quand ces conduites se cantonnent à des contextes festifs. En effet, l'intérêt de cette approche a été montré dans de nombreuses études (Town *et al.*, 2006 ; Phan, 2008).

bibliographie

Bibliographie

Intérêt du manuel

Beck, F. (2005). Dénombrer les usagers de drogues : tensions et tentations. *Genèses* n°58, 72-97.

Hendricks, V., Van Der Schee, E., Blanken, P. (2012). Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*, 125 : 119-126.

OFDT (2013). *Drogues et addictions. Données essentielles*. Saint-Denis, France : OFDT.

Rigter, H., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V., & Rowe, C. (2010). INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BioMedical Center Psychiatry*, 9, 10-28.

Richard, J.B., Spilka, S., Beck, F. (2010). *Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans*. In Beck F, Richard JB Eds. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010* (p. 86-108). Saint-Denis : INPES.

Schaub, M.P., Henderson C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendricks, V., Rowe, C., Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14(1): 26.

Spilka, S., Le Nezet, O., Tovar, M.L. (2012). Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. OFDT, *Tendances* n°79, 6p.

Spilka, S., Le Nézet, O., Beck, F., Ehlinger, V., Godeau, E.s. (2012). Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège ». OFDT, *Tendances* n°80, 8p.

Spilka, S., Le Nézet, O. (2013). Alcool, tabac et cannabis durant les « années lycée ». OFDT, *Tendances* n°89, 8p.

Fondements du PAACT

Ablon, J.S., & Jones, E.E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Finding from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159: 775-783.

Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York, NY: The Guilford Press.

Couteron, J-P. (2001). Accueil d'usagers de cannabis : intérêt d'une autoévaluation. *Interventions*, 18(2), 40-44.

Dennis, M., Titus, J., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S., Tims, F., Webb, C., Kaminer, Y., Babor, T., Roebuck, M., Goldey, M., Hamilton, N., Liddle, H. & Scott, C. (2002). The Cannabis Youth Treatment experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction*, 97(suppl 1), 16-34.

Gutton, Ph. L'adolescence entre subjectivation et dépendance. In *Dépendances, paradoxes de notre société ?* dir. Joyce Ain (pp. 105-116). Erès : 2005.

Hachet, P. (2014). *Ces ados qui fument des joints*. Paris : Erès.

Jeammet, P., & Bochereau, D. (2007). *La souffrance des adolescents. Quand les troubles s'aggravent : signaux d'alerte et prise en charge*. Paris, France : Éditions La Découverte.

Kazdin, A. (2004). Evidence-based treatments: Challenges and priorities for practice and research. In B. Burns & K. Hoagwood (Eds.). *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* (pp. 923-940). New York, NY: Elsevier.

Lascaux, M., Bastard, N., Bonnaire, C., Couteron, J., & Phan, O. (2010). *INCANT*: une comparaison de deux modèles formalisés. *Alcoologie et addictologie*, 32(3), 209-219.

Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change* (éd. 2nd édition). New York, NY: Guilford Press.

Phan, O., Henderson, C., Angelidis, T., Weil, P., Toorn, M. v., Rigter, R., et al. (2011). European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder. Baseline and referral data from the INCANT trial. *Biomedical Central Psychiatry*, 11(110), 10.

Rigter, H., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V., & Rowe, C. (2010). The Cannabis Youth Treatment experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction*, 97(suppl 1), 16-34.

Therrien, A. (2006). *Quand le plaisir fait souffrir* (4^e édition). Montréal, Canada: Editions Ario.

Phase 1

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th)*. Washington, DC: American psychiatric Press.

Budney, A., Hughes, J., Moore, B., & Vandrey, R. (2004). Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *American Journal Psychiatry*, 161, 1967-1977.

Jeammet, P. (1990). Addiction, dépendance, adolescence, réflexions sur leurs liens, conséquences sur nos attitudes thérapeutiques. Dans J. Venisse (Dir.), *Les nouvelles addictions* (p. 10-29). Paris, France: Masson.

Morel, A., & Couteron, J. (2008). *Les conduites addictives*. Paris, France: Dunod

Nasio, J. (2010). *Comment agir avec un adolescent en crise?* Paris, France: Éditions Payot et Rivages.

OEDT. (2009). *Rapport annuel 2009 de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT): État du phénomène de la drogue en Europe - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*. Luxembourg: Office des publications officielles des communautés européennes.

Plagnol, A. (2000). Rencontre psycho-thérapeutique et paradoxes. *Évolution psychiatrique*, 65(1), 117-126.

Phase 2

Blos, P. (1963). *On adolescence: a psychoanalytic interpretation*. New York, NY: The Free Press.

Cahn, R., Gutton, P., Robert, P., Tisseron, S. (2013). *L'ado et son psy. Nouvelles approches thérapeutiques en psychanalyse*. Paris : In press.

Couteron, J-P. (2001). *Drogues, faut-il interdire ?* Paris, France: Dunod.

Haley, J. (2007). *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. Paris : Desclée de Brouwer.

Karray Khemiri, A., & Derivois, D. (2011). Addiction et agressivité chez les adolescents en échec scolaire : approches cognitive, psychodynamique et interculturelle. In revue *L'autre. Drogues, santé et société*, 10(2), 15-50.

Languérand, E., Bourrit, F., Khazaal, Y., Zullino, D., & Krebs, M.O. (2009). Variations autour de la « balance décisionnelle » de Janis et Mann, in *Congrès de l'Encéphale*, 22, 23 et 24 janvier 2009, Paris. Reynaud, M., & Benyamina, A. (2009). *Addiction au cannabis*. Paris : Flammarion, Médecine et Science.

Malher, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975, 1980). *La naissance psychologique de l'être humain*. Paris, France: Payot.

Morel, A., & Couteron, J. (2011). *Drogues, faut-il interdire ?* Paris, France: Dunod.

Bilan

Chartier, J. (1993). *Introduction à la pensée freudienne*. Paris, France : Payot.

Jeammet, P., & Bochereau, D. (2007). *La souffrance des adolescents. Quand les troubles s'aggravent: signaux d'alerte et prise en charge*. Paris, France: Éditions La Découverte.

Jeammet, P., 1984 La thérapie bifocale : une réponse possible à certaines difficultés de la psychothérapie à l'adolescence. *Revue Adolescence*, 10 : 371-383.

Kestemberg, E. (1962). L'identité et l'identification chez les adolescents: problèmes techniques et théoriques. *Psychiatrie de l'enfant*, 5(2), 441-552.

Marlatt, G. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, NY: Guilford

McDougall, J. (2004). *Le théâtre du Je*. Paris, France: Gallimard.

Soutien à la parentalité

Baer, J. (2002). Is family cohesion a risk or protective factor during adolescent development. *Journal of marriage and the family*, 64 : 668-675.

Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New Dir Child Adolesc Dev*, 108: 61-9.

Brook, J.S., Whiteman, M., Finch, S., Cohen, P. (1998). Mutual attachment, personality, and drug use: pathways from childhood to young adulthood. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*, 124 : 492-510.

Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whiteman, M., Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*, 116 : 111-267.

Fincham, F.D., Grych, J.H., Osborne, L.N. (1994). Does marital conflict cause child maladjustment? Directions and challenges for longitudinal research. *Journal of Family Psychology*, 8 : 128-141.

Hawkins, J., Catalano, R., Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 : 64-105.

Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. *Subst Use Misuse*, 33 : 995-1026.

Compléments à la prise en charge

Beck, F., Legleyle, S., Peretti-Watel, P. (2000). *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*. Paris : OFDT, 220p.

Bello, P.Y., Toufik, A., Gandilhon, M. (2001). *Tendances récentes, rapport TREND*. Paris, France : OFDT.

Biyik, I., Ergene, O. (2006). Acute myocardial infarction associated with heavy alcohol intake in an adolescent with normal coronary arteries. *Cardiol Young*, 16 :190-192

Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Behavioral Risk Factor Surveillance System prevalence data*. Atlanta, GA: CDC. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. *Drinking in America: Myths, Realities, and Prevention Policy*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Mathurin, P., Deltenre, P. (2009). *Effect of binge drinking on the liver: an alarming public health issue?* Gut, 58 : 613-617.

Naimi, T.S, Brewer, R.D, Mokdad, A., Clark, D., Serdula, M.K., Marks, J.S. (2003). Binge drinking among US adults. *JAMA*, 289(1): 70–75.

Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. (2005). *Drinking in America: Myths, Realities, and Prevention Policy*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Phan, O. (2006) *Polyconsommation*. In, sous la direction de M. Reynaud, *Traité d'Addictologie*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.

Phan, O. (2008). Binge drinking chez les jeunes Européens : les programmes allemands et néerlandais de prévention dossier « jeunes et alcool : quelle prévention ? » *La santé de l'homme* 398, novembre-décembre, p. 36-38.

Town, M., Naimi, T.S, Mokdad, A.H., Brewer, R.D. (2006). Health care access among U.S. adults who drink alcohol excessively: missed opportunities for prevention. *Prev Chronic Dis*, 3(2)1A53.

Weschler, H., Austin, S.B. (1998). Binge drinking: the five/four measure. *J Stud Alcohol*, 59 : 122-12

Merci à la DGS et la MILDECA pour leur soutien.

Merci aux cliniciens des 10 CJC qui ont accepté de nous présenter leur pratique pour servir de base à la formalisation de ce qui est devenu le PAACT :

Paulo Antonelli, psychologue, psychanalyste, Centre Confluence, PSA, Paris

Audrey Tessier, psychologue, APS-Contact, Nangis

Maryvonne Coat-Rivry, psychologue, AAATF devenu ALIA, Angers

Pascal Hachet, psychologue, Point Écoute "Le Tamarin", SATO, Creil en Picardie

Jean-Marc Campuitti, thérapeute, la Corde Raide, Paris 12

Daniel Basso-Fin, psychologue, Directeur SYNERGIE, Charente Maritime

Véronique Garguil, psychologue, Cannabus, Bordeaux

Jean Harbonnier, psychiatre, Centre Boris Vian, Lille

et

le Centre Émergence Espace Tolbiac (Paris 13), rattaché au service de psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune de l'Institut Mutualiste Montsouris, Service du Professeur Jeammet,

le CSST CEDAT de Mantes la Jolie.



9 rue des Bluets 75011 Paris

contact 01 43 43 72 38

Liste des unions régionales

sur www.federationaddiction.fr

Rédaction Muriel Lascaux, Jean-Pierre Couteron, Olivier Phan

Conception graphique Carole Peclers

Illustrations Ekundayo Zinsou

impression La Petite Presse, Le Havre,

Seine-Maritime, Haute-Normandie

achevé d'imprimer juin 2014



Manuel