

Mme Muriel Lascaux*, M. Jean-Pierre Couteron**, Dr Olivier Phan***

* Psychologue clinicienne, CSAPA Pierre Nicole, 27, rue Pierre Nicole, F-75005 Paris. ATER IED, Laboratoire de psychopathologie et de neuropsychologie, Université Paris 8. Courriel : muriellascaux@hotmail.com

** Psychologue clinicien, CSAPA Trait d'Union, Boulogne-Billancourt. Président de la Fédération Addiction, Paris, France

*** CJC, CSAPA Pierre Nicole, Paris. Unité d'addictologie, Clinique Dupré, Sceaux. Unité U669, Inserm, Paris, France

Reçu novembre 2014, accepté juin 2015

Manuel de thérapie individuelle pour jeunes consommateurs

Présentation clinique

Résumé

Le PAACT – Processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique – est un manuel qui propose une formalisation "pratique" du travail d'alliance avec un jeune, souvent venu sur injonction d'un adulte, et de l'accompagnement aux changements de son comportement d'usage. Il décrit une formalisation des pratiques pour optimiser l'intervention thérapeutique dès les premiers stades d'un usage problématique (abus et dépendance). L'élaboration de ce manuel a respecté les différentes étapes du processus complexe de construction d'un modèle thérapeutique : après une formalisation empirique de la thérapie, celle-ci a fait l'objet d'une étude comparative au sein d'un essai clinique randomisé, approfondie avec un travail doctoral. Les résultats obtenus sur la réduction de l'usage et l'observance ont montré l'intérêt de la formalisation de la thérapie et conduit à produire et diffuser un manuel : le PAACT. Pour illustrer cette thérapie, la situation de Paul, 16 ans, usager de cannabis, est présentée à différents moments de la prise en charge.

Mots-clés

Thérapie – Adolescent – Cannabis – Étude comparative.

Les données épidémiologiques de ces 20 dernières années montrent la place prépondérante des usages de substances psychoactives chez les adolescents et jeunes adultes (1-3). Ce constat a encouragé les instances politiques concernées (la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives – MILDECA

Summary

Manual of individual therapy for young users.

Clinical presentation

The PAACT (coaching and therapeutic process to build alliance and changes) is a manual that formalizes psychotherapeutic practices. The goal is to help the therapist to build the alliance with a youngster, who often comes to therapy on request of an adult, and to coach an adolescent to make him change his addictive behavior. This formalization of practice improves therapeutic interventions in the early stages of substance abuse and dependence. The construction of this manual has respected the different stages of the complex process of building a therapeutic model: it starts with an empirical description of usual practices which were the subject of a comparative study in a randomized clinical trial (The INCANT Study) associated with a PhD work. The good results of a formalized therapy on cannabis abuse and on patient adherence highlighted the interest of therapeutic processes formalization, and led to produce and distribute the PAACT handbook. To illustrate this therapy, the situation of Paul, a 16 year old cannabis user, is presented at different stages of the treatment.

Key words

Therapy – Adolescent – Cannabis – Comparative study.

et la Direction générale de la santé – DGS) à financer et ouvrir en 2005 des consultations spécifiques pour faire face à ce problème de santé publique : les consultations jeunes consommateurs – CJC (4, 5). Elles doivent apporter une réponse basée sur une intervention précoce adaptée aux jeunes usagers et pouvant mener à un accompagne-

ment thérapeutique. Il s'agit d'«agir dès les premiers stades de la consommation (usage à risque et usage nocif ou abus) et d'assurer accueil, information, évaluation, prise en charge brève et orientation si nécessaire» (Circulaire DGS/DHOS/DGAS n° 2004-464 du 23 septembre 2004). L'objectif est de prévenir l'évolution de trajectoires vers l'addiction à l'âge adulte en favorisant l'accès à un accompagnement adapté. Mais quel accompagnement ?

L'importance de ce phénomène et la spécificité de l'accompagnement des jeunes usagers de substances psychoactives vont susciter de nombreuses réflexions, de la créativité et des propositions thérapeutiques (6). En France, l'essai clinique randomisé européen INCANT – *International cannabis need of treatment* (7) va valider l'efficacité d'une thérapie originale, la thérapie familiale multidimensionnelle – MDFT (8) pour des adolescents présentant une addiction au cannabis (DSM-IV-R), et souligner l'intérêt de formaliser les pratiques cliniques dans ce domaine (9, 10). Soutenue par la DGS et financée par la MILDECA, la MDFT est alors progressivement implantée en France dans des CJC identifiées régionalement, tandis que la formalisation d'une thérapie individuelle basée sur les expériences des professionnels va aboutir à la construction du manuel PAACT – Processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique (11). Diffusé par la Fédération addiction à l'ensemble des professionnels des CJC, il propose un cadre qui peut permettre ensuite à chacun de formaliser plus méthodiquement son intervention dans les différents aspects qui composent l'expérience addictive du jeune. Loin de vouloir imposer une «bonne façon de faire» ou un «programme standardisé», il aide à structurer les différents aspects qui gagnent à être visités dans l'accompagnement d'un jeune usager.

Après une présentation brève du PAACT et de ses fondements scientifiques, cet article propose d'illustrer son application clinique à travers une situation pratique, celle de Paul. Ainsi, certains passages du suivi seront rapportés et explicités dans le but d'appréhender au plus près le modèle PAACT.

Le PAACT et son efficacité scientifique

Élaboration d'un modèle thérapeutique

Développer un modèle thérapeutique à l'intention d'un public spécifique qui partage le même symptôme est un processus complexe qui nécessite des étapes de construc-

tion et d'évaluation (12) :

- la compréhension de la conduite addictive 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 autre modèle thérapeutique ou un groupe témoin ;
- 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.

L'élaboration du manuel PAACT a suivi une démarche empirique de bas en haut, appelée *bottom-up*. C'est à partir des expériences cliniques des professionnels et des éléments théoriques qu'ils ont intégrés à leur pratique qu'un travail de formalisation a été réalisé afin de rendre généralisables et partageables ces interventions thérapeutiques.

Présentation du PAACT

Le PAACT découle d'une formalisation des pratiques cliniques utilisées dans les CJC. Il détaille un type d'accompagnement thérapeutique, en explicite les modalités, le processus et décrit ses principaux courants d'influence théoriques (11). Le sigle PAACT traduit l'idée que la construction d'une alliance thérapeutique rend possible l'engagement de l'adolescent dans un processus de changement. Comme dans un «pacte», les deux parties s'accordent sur les raisons de leur rencontre et l'objectif thérapeutique à atteindre. L'intérêt est de fonder le pacte sur une réflexion active de la fonction de son usage et d'encourager des expérimentations pour réajuster la trajectoire développementale de manière plus constructive.

Cet accompagnement thérapeutique considère qu'à travers des changements de son comportement, notamment vis-à-vis de l'usage de drogue, l'adolescent va relancer son processus d'individuation et aller vers un mieux-être. Il s'agit d'une thérapie individuelle brève de type intégrative respectant un éclectisme technique, soit l'utilisation de méthodes et techniques issues de divers modèles ne nécessitant pas l'adoption de l'une de ces approches théoriques (13). Elle s'inspire essentiellement des approches thérapeutiques suivantes : l'approche motivationnelle (14), l'approche centrée sur le vécu expérientiel de l'usage (15),

l'approche cognitive et l'analyse fonctionnelle (16), l'approche stratégique (17) et l'approche psychodynamique (18). En effet, l'aspect multidimensionnel de l'usage de substances chez les jeunes encourage des approches intégratives.

Le PAACT s'organise autour de deux premières phases : 1) la construction de l'alliance et la première évaluation de l'usage ; 2) l'accompagnement au changement à travers l'aide à l'auto-évaluation de la gestion des usages ; puis il s'achève sur un bilan qui officialise la fin de l'accompagnement. Cet accompagnement se déroule en moyenne sur quatre à cinq mois, mais cette durée varie en fonction de la sévérité de la situation. Des rencontres sont programmées toutes les semaines au départ du processus et peuvent s'étaler dans le temps au décours du suivi. Par ailleurs, l'adolescent étant quasi systématiquement accompagné par ses parents plutôt inquiets, un soutien à la parentalité est prévu en début de prise en charge. Puis, des entretiens de bilan peuvent être ponctuellement programmés avec l'adolescent et ses parents. De manière générale, la formalisation du PAACT se veut pratique et pédagogique pour être un soutien pour le professionnel.

Origine scientifique du PAACT

Dans le cadre de la recherche INCANT, les pratiques cliniques utilisées dans les CJC ont fait l'objet d'une formalisation (dont découle le PAACT) et ont été comparées à des pratiques non formalisées à l'aide d'une batterie de tests évaluant les critères suivants : la consommation de cannabis avec l'*Adolescent diagnostic interview* – ADI-light (19, 20) et le *Time life follow back* – TLFB (21, 22) ; l'observance thérapeutique ; la satisfaction de la thérapie ;

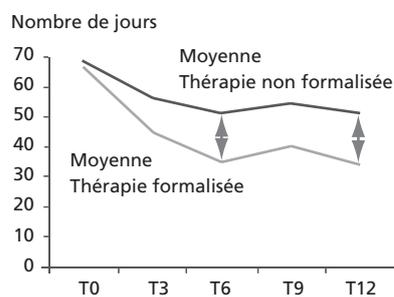


Figure 1. – Fréquence d'usage sur un an (nombre de jours de consommation sur trois mois) des adolescents suivis, thérapie formalisée versus non formalisée (test TLFB).

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

trois facteurs de risque ou de pérennisation, à savoir la sévérité de la consommation, la souffrance de l'adolescent et les relations intrafamiliales. L'évaluation de cette comparaison a été approfondie dans le cadre d'une recherche doctorale (23). Cette étude a porté sur un échantillon de 73 adolescents mineurs (âge moyen : 16,3 ans), majoritairement masculins (85 %), diagnostiqués abuseurs (20 %) ou dépendants (80 %) du cannabis. Parmi eux, 38 ont été suivis avec la thérapie formalisée et 35 avec la thérapie non formalisée. Les thérapeutes pratiquant la thérapie formalisée ont été supervisés afin de garantir la bonne application du modèle (24). En dépit de quelques biais méthodologiques, l'analyse statistique des résultats montre que l'efficacité du modèle formalisé est supérieure sur deux principaux éléments au suivi non formalisé : la diminution de la consommation de cannabis et l'observance thérapeutique. Les échelles TLFB (figure 1) et ADI-light (figure 2) montrent respectivement une diminution plus importante de la consommation de cannabis à un an dans le groupe des adolescents suivis par la thérapie formalisée, et un plus grand nombre de jeunes ne présentant plus de diagnostic d'addiction, comparativement au groupe d'adolescents suivis par la thérapie non formalisée. Concernant l'évolution des facteurs de risque ou de pérennisation, les deux thérapies ont un impact positif quasi identique.

Quant à l'observance thérapeutique, les résultats de la thèse mettent en évidence que les adolescents restent en moyenne un peu plus longtemps en thérapie formalisée qu'en thérapie non formalisée, et sont vus plus fréquemment en entretien de manière significative ($p < 0,05$) d'après les données obtenues aux deuxième, troisième et quatrième mois (T2 : F = 6,919 (1, 66), $p = 0,011$, $p < 0,05$; T3 : F = 5,012 (1, 64), $p = 0,029$, $p < 0,05$; T4 : F = 6,636 (1, 56), $p = 0,017$, $p < 0,05$).

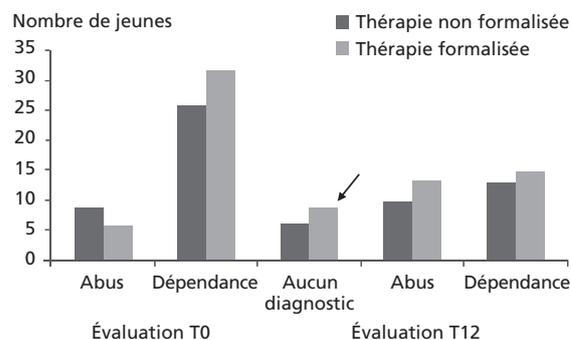


Figure 2. – Évolution du diagnostic d'usage sur un an des adolescents suivis, thérapie formalisée versus non formalisée (test ADI-light).

L'intérêt et l'efficacité de la thérapie formalisée comparativement à la thérapie non formalisée ont conduit à la création du manuel PAACT. En effet, cette évaluation au sein d'un essai clinique randomisé a permis de définir et d'enrichir de manière plus claire, et donc plus applicable, les stratégies d'intervention en fonction des caractéristiques dynamiques du patient.

Pourquoi un accompagnement spécifique pour les jeunes usagers ?

Il est rare que l'adolescent exprime lui-même une demande d'aide. Et encore plus que cette demande se transforme en demande de consultation. Celle-ci n'est d'ailleurs pas nécessaire dans tous les cas. La demande de consultation est le plus souvent portée par un adulte inquiet des conséquences négatives qu'il observe : comportements de l'adolescent et conséquences scolaires, sociales, etc. Les parents sont souvent les premiers témoins des débordements du jeune. Ils sont aussi souvent en première ligne pour tenter de les contenir et de les limiter. Mais les parents ne sont pas les seuls ; les institutions scolaires, éducatives, sociales voire judiciaires prennent aussi le relais quand les parents sont mis à mal ou dans l'incapacité d'assurer l'accompagnement et le soutien de leur enfant.

Pour des raisons développementales (maturation progressive des processus cognitifs et émotionnels), l'adolescent n'est souvent pas en capacité d'exprimer verbalement ses difficultés, ses doutes et, par conséquent, son besoin de l'autre pour les surmonter. Reconnaître que pour grandir on a besoin de l'autre requiert une certaine maturité psycho-affective et paradoxalement une certaine indépendance. Cependant, ne pas verbaliser ne signifie pas pour autant ne pas exprimer. Certains adolescents expriment leurs difficultés par le non-verbal et par l'agir, et notamment par les conduites à risque et les mises en danger, dont les addictions peuvent faire partie. Cette difficulté à verbaliser peut s'accompagner de déni : "moi j'ai pas de problème, je gère", ou de projection défensive : "tout va bien, j'ai pas de problème, c'est mes parents qui ont un problème avec ça !", ou encore d'un sentiment de toute-puissance : "je peux me débrouiller tout seul, j'ai besoin de personne, je préfère qu'on me laisse tranquille". Proposer de l'aide revient alors à attaquer l'estime de soi, le deuil difficile de la toute-puissance infantile et la quête d'indépendance. Et en même temps, "ne rien faire, c'est prendre le risque de le laisser évoluer vers un dysfonctionnement encore plus fort". Le professionnel doit donc se risquer à la

relation d'aide parce que, comme le rappelle Jeammet : "ce dont [il a] besoin (à savoir l'autre), parce que [il en a] besoin et à la mesure même de l'intensité de ce besoin, c'est ce qui menace [son] autonomie naissante" (25). Un travail va alors être nécessaire pour passer d'une demande et d'une motivation extrinsèque à une motivation intrinsèque, propre à l'adolescent. Le PAACT est une formalisation d'une déconstruction de la "solution produit" pour permettre ce passage de l'extrinsèque à l'intrinsèque. C'est à travers la situation de Paul, 16 ans, présentant une addiction au cannabis, que nous allons l'illustrer.

Illustration clinique

Paul, 16 ans, est amené en consultation par son père suite à un avertissement de travail au conseil de la classe de seconde dans laquelle il est. Les conflits entre Paul et son père, leurs divergences d'opinions, conduisent à les voir séparément afin de construire un début d'alliance avec chacun, ce qui semble impossible ensemble.

Le père – "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 sûrement à vous, mais je pense que c'est beaucoup trop. En plus, on ne lui donne plus d'argent pour ne pas qu'il puisse fumer, alors je me demande bien comment il fait pour s'en procurer. Il est dans la spirale du drogué qui vend pour se droguer. Il faudrait que vous, en tant qu'expert, vous lui expliquiez qu'il doit arrêter le cannabis pour ne pas détruire sa vie !... Et là nôtre par la même occasion ! Car à la maison, ça devient insupportable, il ne respecte rien, aucune règle, il ne faut rien lui dire et le laisser tout faire, mais ce n'est pas lui qui fait la loi à la maison. Et ne parlons pas de ses résultats scolaires, c'est une catastrophe, il a eu un avertissement de travail au conseil de classe et sèche un certain nombre de cours. Bien qu'elle n'ait pas pu venir aujourd'hui et que cela crée des conflits entre nous, ma femme vous dirait aussi que c'est invivable à la maison. Elle, elle pense que Paul a un manque de confiance en lui, qu'il souffre et que je suis trop dur avec lui. Elle le protège beaucoup et lui cède certaines choses ! Moi je crois qu'il se moque de nous, qu'il se fout de tout, sa famille, son avenir... Il vit au jour le jour et fait ce qu'il lui plaît. Pour tout vous dire, je pense qu'il aurait besoin d'un bon coup de pied au cul !".

Paul – "Mon père, c'est un con, il croit tout savoir mieux que tout le monde, même ma mère elle en a marre parfois et elle lui dit. Si on ne fait pas comme lui il veut, c'est

qu'on est nul et stupide ! Il croit qu'en m'interdisant de sortir, en me privant d'argent de poche et en me criant dessus je vais lui obéir ? Mais c'est lui qui est stupide ! S'il a un problème, c'est à lui d'aller voir un psy, pas à moi ! Et de toute façon, c'est ma vie, pas la sienne, alors dites-lui que je n'ai pas de problème avec le cannabis pour qu'il me laisse tranquille, moi je sais très bien ce que je fais."

Phase 1 – Construction de l'alliance thérapeutique et première évaluation

Dans la première phase du PAACT, l'enjeu se situe dans la construction de l'alliance avec l'adolescent pour l'engager dans la thérapie (26) et de l'alliance avec le(s) parent(s) pour qu'ils soutiennent(nt) l'accompagnement proposé (27). Dans ce cas, chacun des deux protagonistes fait appel à l'expertise du professionnel, l'un pour dire les dangers de l'usage et le faire arrêter, l'autre pour être dégagé d'une intervention jugée abusive.

Cette opposition est assez classique, l'adolescent est pour une part apaisé de ces tensions internes par ses consommations, et les tensions externes avec les adultes viennent en masquer le reste. Ce conflit finit de le détourner de lui-même. L'adulte est pour sa part obnubilé par la crainte des effets du produit, au point parfois de ne plus pouvoir signifier son intérêt pour un adolescent qui, de plus, le rejette. Sortir de cette demande de soins des parents, souvent biaisée et partielle, et susciter une adhésion thérapeutique propre à l'adolescent lui-même est le premier travail du professionnel. Trois aspects vont être explorés au cours du premier entretien avec Paul :

- Quels sont ses intérêts, ses envies et qu'est-ce qu'il se souhaite ?

Paul – "Moi ce que je veux, c'est qu'on me laisse tranquille... Je n'ai pas de problème et je sais très bien ce que je fais"

Thérapeute – "C'est quoi être tranquille pour toi ?"

Paul – "C'est quoi cette question ? Je ne sais pas moi, c'est que mon père arrête de me prendre la tête et qu'il me laisse faire ce que je veux... De toute façon après le Bac, je me barre".

- Qu'est-ce qui lui pèse au quotidien et qui l'empêche de profiter de ce qu'il aime ?

Paul – "Y a rien, à part mon père, ma mère un peu, y a rien, tout va bien pour moi"

- Quels sont les bénéfices que lui apporte le cannabis ?

Thérapeute – "J'ai le sentiment qu'au moins avec le cannabis, tu te sens tranquille, c'est ton moment à toi."

Paul – "C'est bizarre de parler de ça ! C'est cool, c'est

tout... Ça détend, c'est juste pour rigoler... C'est rien le cannabis !"

Thérapeute – "C'est mieux avec que sans ?"

Paul – "Bah ça dépend, mais moi j'aime bien, c'est clair que tu te sens bien, plus libre, en plus ce que disent les gens ça t'atteint pas, tu t'en fous..."

Cet échange a pour but de proposer à Paul une reformulation des raisons de venir de manière à ce qu'elles constituent un intérêt propre, personnel : des raisons qui font sens pour lui et qui prennent en compte ses préoccupations. Il s'agit d'utiliser les bénéfices ressentis à travers la consommation comme un moteur de changement plutôt que de les considérer comme des résistances.

Thérapeute – "Si je comprends bien, ce que tu souhaites c'est être tranquille, être plus libre et surtout que tes parents soient moins sur ton dos. Et ce que je vois, c'est que ça ne marche pas trop : l'école est sur ton dos et t'a mis un avertissement de travail ; tes parents te privent de sorties, d'argent de poche et te mettent la pression ; et aujourd'hui tu as rendez-vous avec un psy... Niveau tranquillité, on fait mieux ! Finalement, ce que tu aimerais c'est que tes parents te fassent davantage confiance et te mettent moins de pression pour te sentir bien aussi à la maison. Je suis plutôt d'accord avec ça et je pense que nous pouvons faire en sorte que ce soit autrement, c'est-à-dire que tu puisses avoir des moments à toi où tu te sentes bien sans que le prix à payer soit dispute et restriction de liberté. Et je pense que c'est possible... Pour cela, je vais un peu voir tes parents et nous allons nous voir régulièrement jusqu'aux vacances de Pâques, et à ce moment-là nous ferons le point."

La première étape sera de lui proposer de gérer la contrainte des rendez-vous, en le rassurant sur le fait que ses parents devront également participer, mais aussi en posant une durée courte de trois-quatre mois. L'intérêt est d'introduire l'idée que "ça pourrait être autrement" et que ce pourrait être l'objet de cet accompagnement. Ce passage d'une attitude passive et soumise à une position plus proactive est en elle-même un objectif de la prise en charge.

Phase 1 – Soutien à la parentalité

Le soutien aux parents va se faire sur quelques entretiens et ne doit pas perturber l'alliance avec l'adolescent. Ils prendront en compte trois aspects. En premier lieu, il s'agit d'accuser réception de leurs craintes, de leurs angoisses afin de les comprendre quelles que soient leurs

manifestations (colère, tristesse, etc.). Même excessive, cette crainte témoigne de l'attachement à leur enfant.

À travers l'écoute attentive de leur récit, il s'agit de faire ressortir les éléments positifs de leurs attitudes. L'objectif est d'encourager d'autres attitudes que l'argumentation de l'interdit et de la dangerosité et de remobiliser leurs compétences :

Thérapeute – “Si Paul est venu aujourd'hui alors qu'il n'en avait pas envie, c'est parce que vous avez réussi à l'amener et qu'il accepte encore une certaine autorité de votre part.”

Et enfin, les représentations erronées des parents sont abordées afin de les réajuster et de donner les moyens à ces derniers de faire autrement dans leurs pratiques parentales. Ici, les interventions sont psychopédagogiques pour aider à sortir du désordre de la crise :

Le père – “Il ne respecte rien, il s'en fout de tout, de sa famille, de son avenir, etc.”

Thérapeute – “Ce qui compte le plus pour un adolescent, même s'il affirme ou montre le contraire, c'est sa famille. L'adolescent a besoin de marquer sa différence pour se séparer et parfois cela passera par des attitudes agressives et de rejet. Ne vous arrêtez pas aux mots et attitudes qui sont, bien sûr, répréhensibles, tentez de reformuler de manière intelligible ce que vous comprenez de ce qu'il vit ou qu'il ressent. C'est la famille qui a le plus d'influence sur lui malgré ce qu'il montre à voir. Si vous rompez l'échange, vous perdez l'accès à lui et donc votre possibilité d'influence positive. Si vous refusez de faire l'effort de comprendre sous prétexte que c'est illégal et mauvais pour sa santé et qu'il ne le mérite pas, vous lui enseignez que la règle c'est d'imposer ses règles à l'autre. Ce qu'il fait avec vous.”

Ces interventions ne visent pas les interactions familiales comme elles le feraient dans le cadre d'une thérapie familiale. Elles s'intéressent à soutenir les parents et leurs débordements émotionnels afin qu'ils puissent porter leur enfant dans son processus de séparation-individuation et dans cette démarche de thérapie.

Phase 2 – Accompagnement aux changements

La création de l'alliance thérapeutique avec Paul permet d'engager la phase 2, celle de l'accompagnement aux changements des comportements d'usage de cannabis. L'objectif est d'amorcer une réflexion active sur les consommations à travers un travail d'aide à l'auto-évaluation

de la gestion de sa consommation (28). Ce travail abordera deux versants chez l'adolescent : son expérience de prise de produits et ses problématiques identitaires. L'auto-évaluation comportera trois temps d'exploration.

Le premier temps consiste en la description de l'usage pour obtenir une représentation de la place du cannabis dans la vie de l'adolescent, l'influence sur son mode de vie, les limites de ce type de fonctionnement. Au départ, lorsque l'on interroge Paul sur ses consommations, celui-ci dit : “Bah chais pas, ça dépend... Ce n'est pas régulier... de toute façon je peux m'en passer”. Dans le but que Paul se représente et objective sa consommation, un travail de description et transcription de son emploi du temps sur une semaine type lui ait proposé en entretien (sur une feuille A4). Les joints fumés sont écrits en rouge, le reste en noir. Une fois complétée, Paul semble perturbé de constater du rouge dans chaque colonne, donc une consommation quotidienne : “Euh c'est bizarre, on dirait que tous les jours je suis défonce... Sauf le matin, je ne suis pas bien réveillé. De toute façon, il y a des jours où ce n'est pas systématique”. Le matin, Paul ne consomme pas, par contre, tous les après-midis, il va en cours après avoir consommé le midi : “Parfois, j'ai l'impression de mieux écouter et de mieux comprendre le cours en ayant fumé. Mais parfois, je dors carrément”. Le week-end, il sort avec ses amis, la majeure partie du temps, et quand il est chez lui, il télécharge et regarde des films sur son ordinateur : “Le week-end, je profite avec mes potes et je me repose car je suis fatigué... Le week-end ce n'est pas fait pour bosser, mais pour s'amuser et se reposer”. Lorsque l'échange arrive sur le travail effectué en vue de l'obtention du Bac, Paul répond : “Bah de toute façon pour le Bac, je bosserai à fond trois semaines avant et j'arrêterai de fumer. Ça suffira largement pour les matières de cette année”.

L'auto-évaluation a permis d'objectiver un usage plus important que celui ressenti, mais surtout une difficulté à la contrôler. Paul dit vouloir son Bac et semble indiquer que sa consommation est incompatible avec le travail scolaire : “Ça peut aider mais je pense que t'es pas au maximum de tes performances !”. Cependant, la confrontation à la réalité de son usage ne suffit pas à Paul pour changer ou faire le choix entre école et cannabis : l'un va avec ce qu'il souhaite pour lui dans l'avenir et l'autre répond à ce dont il a envie émotionnellement dans le présent. Il “botte en touche” !

Le deuxième temps de l'auto-évaluation porte sur l'importance des bénéfices de la consommation afin de nommer les vécus émotionnels et dépasser les “fonctionnalités” du

produit :

Thérapeute – “Quand tu fumes, c’est ton moment à toi où tu es bien, tu te détends, tu oublies les problèmes. C’est ton moyen à toi d’être tranquille.”

Paul – “C’est ça, ça détend, t’es bien quand t’as fumé... Surtout quand je dois supporter mon père pendant des heures me crier dessus, me dire que je n’ai rien compris, que je fais n’importe quoi, que je suis stupide, et que si je continue, je deviendrai un clochard, un bon à rien.”

Thérapeute – “J’ai l’impression que quand tu as fumé, les discours et reproches de ton père ne t’atteignent plus.”

Paul – “Ouais, tu t’en fous de ce que disent les autres, ça te fait même rire ! De toute façon, je m’en fous de mon père, il pense ce qu’il veut.”

Progressivement, les échanges sur le vécu expérientiel de l’usage dessinent peu à peu la problématique sous-jacente chez Paul. Le cannabis compense des blessures narcissiques renforcées par la relation conflictuelle avec son père qui font émerger des affects dépressifs. L’envahissement de cette tristesse interne se manifeste aussi chez Paul par la colère : “J’en ai marre”, l’agressivité : “Mon père c’est un con, et le passage à l’acte : “Parfois, il me pousse à bout (...) j’ai dû le pousser pour sortir” (expression symptomatique externalisée), qui entravent son développement. Si les interventions du thérapeute visent la reconnaissance de ses affects dépressifs et de sa souffrance sous-jacente, qu’il cherche à estomper avec le cannabis, Paul va s’y opposer, au risque de ne pas revenir. L’échange va prendre en compte ce qui s’est dévoilé, mais en restant axé sur le comportement problématique, la consommation, qui légitime les rencontres depuis le départ. Il s’agit d’identifier des changements de comportement d’usage susceptibles d’agir sur son mieux-être et d’accompagner la déconstruction de “la solution produit”, en laissant à l’adolescent le temps pour ressentir et comprendre.

L’enjeu est ensuite d’aller plus loin dans le processus du changement. L’objectif est d’amener l’adolescent à expérimenter des changements de son comportement d’usage pour dépasser ses angoisses et qu’il ressente les bénéfices de cette évolution. C’est le troisième temps de l’auto-évaluation, à savoir la dynamisation de l’expérimentation :

Thérapeute – “Pour toi, avoir ton Bac te permettra de partir de chez tes parents, donc c’est important. Tu dis que ce qui t’empêche de travailler, c’est beaucoup la colère et la fatigue, car quand tu es énervé, tu sors et tu fumes, et le fait de fumer régulièrement te fatigue... Même si tu arrêtes de fumer trois semaines avant le Bac, la colère sera toujours là pour t’empêcher de travailler !”

Paul – “Ah oui c’est sûr, je n’y avais pas pensé, ça va être un problème ça !... Je ne pourrais jamais travailler le week-end s’il est là !”

Thérapeute – “Donc la semaine, le travail doit être plus efficace.”

Paul – “Il faudrait que je sois attentif en cours, ce serait déjà ça.”

Thérapeute – “D’après ton planning de consommation que nous avons rempli, je me souviens que le matin tu suis les cours, mais l’après-midi tu es défoncé.”

Paul – “Quand je ne dors pas, ça m’aide à me concentrer et à mieux écouter le cours”.

Thérapeute – “La prochaine fois, alors que tu seras défoncé, j’aimerais que tu écoutes le cours et que tu prennes des notes. Puis le lendemain matin, tu reliras tes notes pour t’assurer de la qualité de celles-ci.”

La description écrite des usages en a dressé un décor quotidien qui va progressivement être animé par les vécus et les effets recherchés dans le produit. Ce planning des consommations est un support pour dégager le sens des usages, un outil de médiation thérapeutique facilitant l’échange. Il offre un espace de jeu possible : l’usager projetant dans ce décor son propre avatar, l’image de lui-même, peut commencer, avec le thérapeute, à imaginer des changements. Cette anticipation à partir d’un matériel concret, pragmatique et distancé permet un envahissement moins direct de l’angoisse.

À l’entretien suivant, Paul rapporte son expérience d’écouter et prendre des notes d’un cours en étant sous les effets du cannabis...

Paul – “C’était trop bizarre, car à la fois quand j’écoutais le prof j’avais l’impression d’être super concentré et de bien comprendre ce qu’il disait, mais par contre dès que je commençais à écrire, je décrochais... C’était difficile de faire les deux à la fois. Du coup, j’ai écouté pour intégrer le cours, mais le lendemain, je ne me souvenais pas de grand-chose. En fait, ça aide à se concentrer, mais tu ne peux pas faire plusieurs trucs en même temps !”

Thérapeute – “Penses-tu qu’il serait possible de retarder le plus possible le joint du midi ?”

Paul – “Ouais chais pas... Va bien falloir...”

À ce stade, un changement est encore difficile à envisager. En effet, expérimenter des changements à l’adolescence est une épreuve. Car l’adolescent doit se risquer “à faire autrement” avec toute l’angoisse de l’incertitude sur soi que ça comporte. L’objectif est qu’il expérimente – ce qui implique de la pensée – plutôt qu’il mette en acte – qui implique la décharge sans pensée – et qu’il se laisse surprendre.

Quelques entretiens plus tard...

Paul – “Ce qui est sûr, c’est que depuis que mon père n’a plus d’appels de la CPE pour avertir de mes absences, il s’est bien calmé et il se dispute moins avec ma mère ! Ma mère, elle est toujours sur mon dos pour les cours, mais d’un côté ça m’aide aussi parce qu’elle m’explique les trucs que je n’ai pas compris. Et niveau sorties, c’est toujours la prise de tête, mais je crois qu’ils commencent à lâcher l’affaire...”

Avec ces observations, Paul indique qu’il commence à retirer un sentiment d’efficacité personnelle des changements effectués. Il perçoit également des bénéfices au sein de sa famille. Il commence à relativiser la solution “addiction” comme moyen d’échapper à l’inconfort interne. Progressivement, on va s’éloigner, se détacher de l’univers construit de médiation pour finalement être dans l’accès et l’échange direct avec l’adolescent sur ses doutes, ses préoccupations et ses angoisses. L’objectif est que Paul alterne phases de vulnérabilité et phases d’ajustement pour relancer le processus d’individuation. Bien entendu, ce processus se poursuivra tout au long de l’âge adulte. Cependant, c’est à l’adolescence que, pour la première fois, un individu aura les capacités de prendre conscience de qui il est et de ce qu’il n’est pas, de ce qui le rend unique et de ce qu’il partage avec d’autres. On voit ici que sa crainte du deuil et de la séparation est passée de quelque chose d’impensable à sa mise en représentation et sa symbolisation, permettant ainsi des changements et désamorçant la sidération face à cette phase d’individuation.

Bilan de la thérapie : consolider les acquis et préparer la séparation

Il est tout aussi important de bien finir un accompagnement thérapeutique que de bien le commencer. La fin de la thérapie est l’occasion de revenir sur l’évolution de l’adolescent, d’identifier les risques encore présents et de consolider les nouvelles acquisitions, mais aussi d’expérimenter une manière de se séparer. Il permet aussi, si le besoin s’en fait sentir, d’orienter vers d’autres types de prise en charge pour consolider les acquis, aller plus loin dans la compréhension de soi-même.

Dans un premier temps, les changements significatifs de l’adolescent sont mis en lumière et abordés dans leur processus de mise en place :

Paul – “Ce qui a surtout changé, c’est les prises de tête avec mon père !”

Thérapeute – “À quoi attribues-tu ce changement ?”

Paul – “Hum, ben je crois que c’est le fait que je vais en cours et que le lycée le laisse tranquille ! Il préfère être tranquille lui aussi !”

Thérapeute – “C’est important de se sentir tranquille.”

Paul – “Oui c’est mieux. Je pense aussi qu’il a compris que de me crier dessus ça sert à rien, ça ne me fera pas arrêter le cannabis... D’ailleurs, ils me prennent moins la tête avec ça. Pour eux, l’important c’était l’école.”

Thérapeute – “Même s’ils ne cautionnent pas ta consommation, ils te laissent une marge de liberté si l’école et les relations à la maison se passent bien ?”

Paul – “Oui ça doit être ça, mais ils sont encore beaucoup sur mon dos !”

Puis, il s’agit d’inviter l’adolescent à repérer les situations à risque de rechute :

Thérapeute – “Est-ce que parfois tu es tenté de consommer plus ?”

Paul – “J’ai un groupe de potes qui fument toujours et avec qui je m’entends bien. Eux ça les fait rire que je ne fume plus comme avant, ils sont persuadés que je ne tiendrai pas. Ils n’ont pas tort, l’autre jour, un midi, je me suis laissé tenter. J’avais envie de rigoler avec eux, de retrouver ces moments... Et en fait, il ne s’est rien passé de particulier et on a été en cours et j’étais fatigué à la fin de la journée”.

Pour finir, il est important d’aborder les perspectives pour l’avenir. La fin du travail thérapeutique est un nouveau départ :

Thérapeute – “Alors comment vois-tu la suite pour toi ?”

Paul – “Ben même si ça va mieux avec mes parents, mon projet reste le même, j’aimerais partir faire de la colocation, peut-être travailler pendant un an, je ne sais pas... Je me suis inscrit à la Fac, mais je ne sais pas encore si c’est ça que je veux faire.”

Conclusion

L’accompagnement en face à face ainsi proposé s’intègre au réseau partenarial essentiel à la période de l’adolescence. Dans une situation de non-demande et avec la porte d’entrée de l’usage de substance, son objectif est d’aider à alterner phases de vulnérabilité et phases d’ajustement pour relancer le processus d’individuation qui se poursuivra au long de l’âge adulte.

La recherche a montré son intérêt pour des jeunes présentant une ou plusieurs conduites addictives sans comorbidités multiples, tant pour son applicabilité directe que

son faible coût. Tel qu'il a été rédigé, le manuel, simple et rapide à lire, est destiné aux professionnels des CJC, pour leur faire partager un socle commun de pratiques correspondant à la mission dévolue à ce dispositif par ses promoteurs. Il s'agit de faire exister un nouvel espace de rencontre autour des expériences d'usage dont on sait la place prise chez les jeunes dans les années collégiées et lycéennes, dans leur vie étudiante et lors du début de vie professionnelle. Il peut être proposé aux partenaires, afin de faciliter un travail avec la CJC. ■

Conflits d'intérêt. – Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

M. Lascaux, J.-P. Couteron, O. Phan
Manuel de thérapie individuelle pour jeunes consommateurs.
Présentation clinique

Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37 (4) : 333-341

Références bibliographiques

- 1 - Reynaud M, Parquet P, Lagrue G. Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Paris : Odile Jacob ; 2000.
- 2 - Hibbel B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A. The 2011 ESPAD report. Stockholm : ESPAD ; 2012.
- 3 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. Saint Denis : OFDT ; 2013.

- 4 - Obradovic I. Évaluation du dispositif de consultations jeunes consommateurs. Saint-Denis : OFDT ; 2009.
- 5 - Lascaux M, Phan O. Dispositif de soins pour jeunes consommateurs. In : Picherot G, éditeur. Addictions chez l'enfant et l'adolescent. Paris : Doin ; 2014. p.175-8.
- 6 - Couteron JP. Conduite à tenir avec un fumeur de cannabis. In : Reynaud M, éditeur. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion Médecine Sciences ; 2006. p. 520-4.
- 7 - Rigger H, Pelc I, Tossmann P, Phan O, Grichting E, Hendriks V, Rowe C. INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *Biomedical Center Psychiatry*. 2010 ; 9 : 10-28.
- 8 - Liddle H, Dakof G, Diamond G, Parker G, Barrett K, Tejada M. Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2001 ; 27 : 651-87.
- 9 - Phan O, Henderson C, Angelidis T, et al. European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder. Baseline and referral data from the INCANT trial. *Biomedical Central Psychiatry*. 2011 ; 11 (110) : 10.
- 10 - Lascaux M, Bastard N, Bonnair C, Phan O. INCANT. Une comparaison de deux modèles thérapeutiques formalisés. *Alcoologie et Addictologie*. 2011 ; 32 (3) : 209-19.
- 11 - Lascaux M, Couteron JP, Phan O. Manuel PAACT. Processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique. Paris : Fédération Addictions ; 2014.
- 12 - Kazdin A. Evidence-based treatments: challenges and priorities for practice and research. In : Burns B, Hoagwood K, editors. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. New York, NY : Elsevier ; 2004. p 923-40.
- 13 - Lascaux M, Couteron JP. Traitements intégrés. In : Morel A, Couteron JP, Fouilland P. Paris : Dunod ; 2010. p. 334-41.
- 14 - Miller W, Rollnick S. L'entretien motivationnel, aider la personne à s'engager dans le changement. 2^e édition. Paris : Inter-Éditions ; 2013.
- 15 - Therrien A. Quand le plaisir fait souffrir. 4^e édition. Montréal : Éditions Ario ; 2006.
- 16 - Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York, NY : The Guildford Press ; 1993.
- 17 - Haley J. Problem solving therapy. San Francisco : Jossey-Bass ; 1976.
- 18 - Hachet P. Ces ados qui fument des joints. Paris : Fleurus ; 2000, 2014.
- 19 - Winters K, Henly G. Adolescent diagnostic interview schedule and manual. Los Angeles, LA : Western Psychological Services ; 1993.
- 20 - Winters KC. The adolescent diagnostic interview – light. Minneapolis, MN : Center for Adolescent Substance Abuse Research, University of Minnesota ; 2000.
- 21 - Bry B, Krinsley K. Booster sessions and long-term effects of behavioral family therapy on adolescent substance use and school performance. *Journal Behavior Therapy Experience Psychiatry*. 1992 ; 23 : 183-9.
- 22 - Robinson S, Sobell L, Sobell M, Leo G. Reliability of the timeline followback for cocaine, cannabis, and cigarette use. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2014 ; 28 (1) : 154-62.
- 23 - Lascaux M. Intérêt de la formalisation d'une thérapie individuelle pour des adolescents présentant un abus ou une dépendance au cannabis [Thèse, sous la direction du Pr S. Ionescu]. Saint-Denis : Université Paris 8 ; 2012.
- 24 - Holloway EL, Neufeldt SA. Supervision : its contributions to treatment efficacy. *J Consult Clin Psychol*. 1995 ; 63 (2) : 207-13.
- 25 - Jeammet P. Addiction, dépendance, adolescence, réflexions sur leurs liens, conséquences sur nos attitudes thérapeutiques. In : Venisse J, éditeur. Les nouvelles addictions. Paris : Masson ; 1990. p. 10-29.
- 26 - Garner BR, Godley SH, Funk RR. Predictors of early therapeutic alliance among adolescents in substance abuse treatment. *J Psychoactive Drugs*. 2008 ; 40 (1) : 55-65.
- 27 - Vermeulen-Smit E, Verdurmen JE, Engels RC, Vollebergh WA. The role of general parenting and cannabis-specific parenting practices in adolescent cannabis and other illicit drug use. *Drug Alcohol Depend*. 2015 ; 147 (1) : 222-8.
- 28 - Couteron JP. Accueil d'usagers de cannabis : intérêt d'une auto-évaluation. *Interventions*. 2001 ; 18 (2) : 40-4.