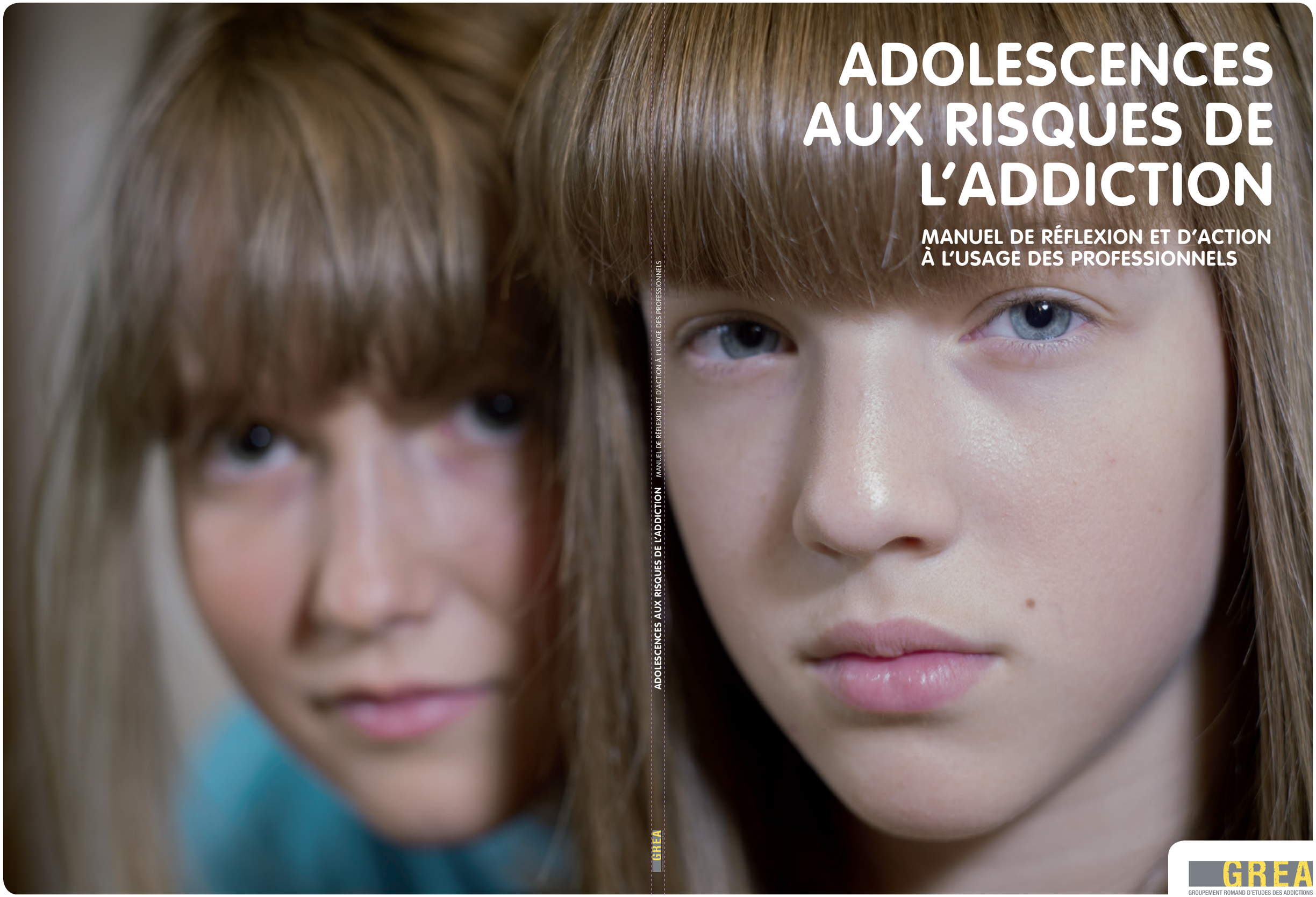


ADOLESCENCES AUX RISQUES DE L'ADDICTION

MANUEL DE RÉFLEXION ET D'ACTION À L'USAGE DES PROFESSIONNELS

ADOLESCENCES AUX RISQUES DE L'ADDICTION / MANUEL DE RÉFLEXION ET D'ACTION À L'USAGE DES PROFESSIONNELS
GREA

GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

ADOLESCENCES AUX RISQUES DE L'ADDICTION

MANUEL DE RÉFLEXION ET D'ACTION À L'USAGE DES PROFESSIONNELS

«Un adolescent difficile est un adolescent difficile à aider.»
Roland Coenen

GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS


« Je bois pour mieux
apprécier une fête. »

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 5

Une brochure pour qui et par qui ? 5

1 QUI SONT LES ADOLESCENTS ? 9

1.1 Des définitions de l'adolescence… 9
1.2 Une période difficile à cerner 10
1.3 Une définition de l'adolescence éclairée par les neurosciences 11
1.4 Différences entre filles et garçons 12
1.5 Bibliographie 13

2 LES ADOLESCENTS ET LA CONSOMMATION 15

2.1 La notion de risque 15
2.2 La consommation de produits psychotropes 16
2.3 Ce qu'il faut retenir à propos des produits 18
2.4 La consommation de nouveaux médias 19
2.5 Bibliographie 21

3 QUELQUES NOTIONS THÉORIQUES 23

3.1 L'intervention précoce (IP) 24
3.2 Le modèle bio-psycho-social 25
3.3 L'importance du travail systémique 27
3.4 L'apport de la théorie de l'attachement 27
3.5 Les stades du changement 28
3.6 Bibliographie 29

4 LE TRAVAIL AVEC LA FAMILLE 31

4.1 Pourquoi travailler avec la famille ? 31
4.2 Qui peut intervenir avec la famille ? 32
4.3 Comment intervenir avec la famille ? 32
4.4 Deux exemples d'intervention 34
4.5 Faut-il toujours travailler avec la famille ? 36
4.6 Bibliographie 37

5 L'AIDE THÉRAPEUTIQUE SOUS CONTRAINTE 39

5.1 Pourquoi travailler sous contrainte ? 39
5.2 Qui peut intervenir sous contrainte ? 40
5.3 Comment intervenir sous contrainte ? 40
5.4 Existe-t-il des situations où la contrainte est inapplicable ? 43
5.5 Bibliographie 43

6 LE TRAVAIL SANS EXCLUSION 45

6.1 Pourquoi travailler sans exclusion ? 45
6.2 Comment travailler sans exclusion ? 46
6.3 Peut-on travailler avec l'exclusion ? 47
6.4 Bibliographie 47

7 12 IDÉES POUR INTERVENANTS EN RISQUE D'ESSOUFFLEMENT 49

8 LES AUTEURS 50


« Je gère.
J'ai pas besoin d'aide. »

INTRODUCTION

UNE BROCHURE POUR QUI ET PAR QUI ?

La prise en charge spécifique des adolescents dans les services spécialisés en addictologie est relativement récente. D'une part, de nombreux intervenants ont développé leur expertise avec les adultes, expertise qui ne se révèle manifestement pas toujours adaptée aux problématiques de l'adolescence. D'autre part, les milieux de la pédopsychiatrie, de l'éducation et de la pédiatrie voient la problématique des dépendances ajouter une dimension supplémentaire dans la prise en charge «classique» des adolescents. C'est pourquoi des professionnels ont pensé opportun d'écrire cette brochure, fruit de leurs échanges, de leurs expériences, de leurs questionnements et de la recherche de solutions novatrices et adaptées à ce public adolescent.

Cette brochure veut apporter des pistes de réflexions et d'interventions aux professionnels accompagnant des adolescents en consommation active de psychotropes ou en usage abusif d'écrans qui relèvent d'une problématique analogue et pour qui les réflexions et stratégies d'accompagnement sont les mêmes.

Elle est née d'une journée qui a réuni de nombreux professionnels le 5 novembre 2009, autour des conférenciers Jean-Paul Gaillard et Roch Tremblay. Ces professionnels, de formations et d'horizons différents, ont posé ensemble les différents points qui leur tenaient à cœur et leur semblaient essentiels dans l'accompagnement des adolescents avec des problèmes de consommation. De cet échange, les membres de la «Plateforme Adolescents» du GREA ont tiré les postulats émis dans ce manuel, condensés dans les trois chapitres liés au travail avec la famille, le travail sous contrainte et la non exclusion et repris dans les douze idées de la conclusion. Nous tenons ici à remercier chaleureusement tous les participants à cette journée et espérons qu'ils se retrouveront dans ce texte.

Véritable outil interdisciplinaire, ce manuel promeut l'idée que tous les professionnels peuvent acquérir un niveau de compréhension suffisant pour analyser et nourrir leur pratique, qu'elle soit sociale, éducative ou thérapeutique. Elle s'appuie sur la constatation pratique que la limite entre l'éducatif et le thérapeutique n'est pas toujours clairement délimitée et que, sans vouloir mélanger les rôles, certains outils des uns sont utilisables par les autres et vice-versa.
À cet usage, elle aborde différents axes de lecture qui, sans prétendre à l'exhaustivité, seront pour certains un rappel.

Pour accompagner un adolescent, le professionnel ne peut se contenter de se centrer sur le «symptôme» de la consommation ou du comportement mais doit bien resituer ce dernier dans son contexte social, familial et psychologique afin de comprendre les raisons de cette consommation excessive (cannabis, alcool, etc.) ou de cet usage problématique (internet, jeux vidéo).

Il est important ici pour nous de dire que nous tenons par nos réflexions à ne pas stigmatiser le comportement d'une population jeune. Nous souhaitons que notre réflexion sur l'évaluation et l'accompagnement permette aux professionnels de mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent les consommations de substances ou de jeux afin de pouvoir rassurer, prévenir, accompagner une majorité vers un devenir adulte indépendant,

Les auteurs sont des professionnels qui travaillent avec des adolescents et dans le champ des addictions.
Ils proviennent de toute la Suisse romande et, depuis 2008, se sont réunis dans le cadre de la Plateforme Adolescents du Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREA).

INTRODUCTION

« Un adolescent difficile est un adolescent difficile à aider. »
(Roland Coenen, 2001, p. 135)

et cibler une action plus spécialisée pour la minorité de ceux qui sont réellement menacés par l'addiction.

Enfin, cette brochure n'a pas pour objectif de présenter différents courants thérapeutiques (cognitivo-comportemental, psychodynamique, systémique, psychanalytique, etc.) mais de relever, parmi ces courants, ce qui est opérant.

Les postulats présentés découlent du modèle de l'intervention précoce, plus particulièrement, ils s'inscrivent dans les phases de l'évaluation et de la prise en charge.

Plateforme Adolescents du GREA


« C'est n'importe quoi,
je n'ai pas de problème. »


« Je suis sous une bonne étoile,
il ne peut rien m'arriver. »

QUI SONT LES ADOLESCENTS ?

1.1 DES DÉFINITIONS DE L'ADOLESCENCE…

Les jeunes d'aujourd'hui sont-ils donc des mutants? J.-P. Gaillard (2009), avec ce concept, nous propose une réflexion alternative, nous enjoignant à considérer avec un œil différent, et bienveillant, les transformations adolescentes actuelles. Il postule qu'il existe un processus de mutation sociale qui contraint les adolescents à s'adapter et à façonner de nouvelles formes de comportements et de consommations qui s'imposent comme une «nouvelle normalité». Le rapport à l'autorité aurait changé, passant d'une autorité de type paternel à une autorité sur soi. Ainsi donc, **ce seraient moins des mécanismes de transgression qui seraient à l'œuvre dans les consommations abusives que des phases d'expérimentation**. Expérimentation entrant dans la construction identitaire d'individualisation et de besoin de produire sa propre visibilité primant sur les classiques besoins d´appartenance et de reconnaissance.

Si la grande majorité des jeunes s'initie à la consommation d'alcool et à d'autres psychotropes, elle le fait le plus souvent sans lendemain. Ces consommations, qui peuvent avoir des conséquences dangereuses non négligeables, restent le plus souvent occasionnelles, circonscrites à une période, comme une parenthèse dans le parcours du jeune.

Ces expérimentations prennent toutes sortes de sens, du plaisir de faire la fête, en passant par le désir d'être reconnu par ses pairs, au besoin d'explorer ses limites. Certes, ces expériences ne rassurent guère les adultes. Si elles ne sont pas à banaliser, elles font partie du parcours d'expérimentation et d'initiation qui ne mène pas forcément à des conduites plus graves. Ce sont d'ailleurs souvent leurs nouvelles formes qui désarçonnent le plus; les *rave parties* auxquelles les parents n'ont jamais participé, les apéros géants convoqués par internet ou encore le *binge drinking* qui en amènent plus d'un aux urgences. Ce sont de nouvelles manières d'être ensemble et de se rendre visible que la jeunesse crée pour se distinguer des formes de socialisation des générations précédentes et il en est ainsi depuis fort longtemps.

Ces alcoolisations massives sont aussi pour certains jeunes une manière de se singulariser par rapport au «boire» des adultes. Par ailleurs, le lien qui se tisse entre les pairs ne se réduit pas au seul partage de cette pratique car tout aussi importants sont les récits auxquels ils donnent lieu et qui cimentent le sentiment d'appartenance et de reconnaissance (Le Garrec, 2002).

Mais l'expérience de consommation peut se transformer aussi en une solution d'évitement du malaise ou du mal-être et devenir le moyen «à portée de main» pour supporter la vie quotidienne quand elle est vécue trop douloureusement. Ainsi, le chemin vers l'autonomisation, le processus de séparation d'avec les parents, le réaménagement des figures d'attachement, l'individuation, se font dans un monde aux balises plus floues et plus mouvantes. Prendre confiance en soi est une entreprise difficile pour laquelle les palliatifs des consommations de substances peuvent

La perception et la construction d'une catégorie sociale, ici l'adolescence, s'inscrit toujours dans un univers historique, social et culturel. Or ce dernier est en constant changement, voire en constante révolution. La perception de ces groupes aux limites tout à fait floues dépend du monde social dans lequel ils s'inscrivent.

CONSOMMATION EN FONCTION DE L'ÂGE

En Suisse, les données les plus récentes montrent une réduction de la consommation de cannabis avec l'âge. Cette tendance n'est par contre pas observée pour les deux principales drogues légales: le tabac et l'alcool (Lucia, Gervasoni, Jeannin & Dubois-Arber, 2012).

être une tentation rassurante. Cette consommation dite **d'auto-médication, d'auto-régulation**, peut mener à une pratique de **surconsommation** dont la problématique ne se réduit pas seulement à la fréquence d'utilisation du produit ou du comportement mais au fait qu'elle **s'accompagne de ruptures scolaires, familiales, professionnelles et sociales**. Il peut donc être difficile d'en envisager l'arrêt qui couperait la fonction de régulation. Un accompagnement est alors nécessaire pour aider à comprendre les enjeux de la consommation, à soutenir la construction du jeune et à l'aider à trouver des ressources différentes et plus constructives.

Cette **« traversée initiatique »** peut prendre une tournure fort différente si le jeune ne bénéficie pas d'une situation personnelle, familiale, sociale et culturelle suffisamment protectrice, aimante et bienveillante.

1.2 UNE PÉRIODE DIFFICILE À CERNER

Ce que l'on considère comme adolescence s'est à la fois rajeuni, (dès 10 ou 12 ans, alors qu'il y a encore peu de temps on aurait parlé d'enfant, voire de préadolescent) et allongé puisqu'on parle de plus en plus souvent d'adolescence jusqu'à 25 ans. Cette extension temporelle s'accorde à différentes transformations sociétales, notamment l'allongement général de la durée des études et des formations professionnelles, la difficulté croissante à trouver du travail et un logement, éléments nécessaires à l'autonomisation.

Cette approximation des limites temporelles, reflétant les incertitudes et les mutations sociales, est confortée par les neurosciences qui donnent du crédit à une perception extensive de l'adolescence.

1.3 UNE DÉFINITION DE L'ADOLESCENCE ÉCLAIRÉE PAR LES NEUROSCIENCES

Les recherches de Giedd (2011) sont basées sur l'analyse des données obtenues par l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de nombreux cerveaux d'adolescents et le suivi méthodique de certains d'entre eux pendant une dizaine d'années. Ces données confirment certaines intuitions cliniques et ont permis de découvrir des éléments fondamentaux pour une meilleure compréhension du développement psychique de l'adolescent (Sender, 2008).

A 6 ans, le cerveau a déjà atteint 95% de sa taille adulte. Cette réalité a contribué à répandre l'idée que tout était joué dès la petite enfance. Or les recherches ont, au contraire, montré l'importance de la plasticité neuronale et des phases de développement du cerveau durant l'adolescence.

En effet, c'est entre 7 et 11 ans que la matière grise est très dense et les connexions nombreuses. Mais c'est aussi à cet âge que va s'opérer une sorte de spécialisation puisqu'après avoir atteint un sommet, les connexions neuronales vont s'adapter au comportement de l'individu. Elles vont se développer et se renforcer en lien avec les activités préférées et les plus exercées par le jeune au détriment de celles peu utilisées qui vont disparaître, façonnant ainsi une sorte d'identité neuronale personnelle en fonction de la réalité environnementale et de l'activité sociale de la jeune personne.

En parallèle se développe la matière blanche: la myéline. Gaine isolante de l'axone, elle démultiplie la vitesse de conduction du signal nerveux. Ainsi, le cerveau de l'adolescent va supprimer les connexions inutiles et accélérer les transmissions privilégiées. Tout en se spécialisant, il devient plus performant en augmentant sa vitesse de connexion. Et, comme le dit Giedd (2011, p. 3-4): «La plasticité du cerveau de l'adolescent dans l'espèce humaine fait de l'adolescence une période périlleuse et pleine de possibilités».

Cette maturation cérébrale va se faire de l'arrière vers l'avant du cerveau, ce sont ainsi les fonctions les plus élémentaires qui mûrissent d'abord, soit les aires du cerveau moteur et sensoriel puis celles impliquées dans l'orientation spatiale, le langage et l'attention. Le cortex préfrontal se développe en dernier, ce qui a toute son importance puisqu'il est le siège des fonctions exécutives, de la planification, de la hiérarchisation des priorités, du contrôle des impulsions, de l'anticipation des conséquences de ses actes (Giedd, 2011). Or ce «centre organisationnel» ne sera complètement formé et opérationnel que vers l'âge de 25 ans. **Ces découvertes permettent de mieux comprendre les difficultés que connaissent la plupart des jeunes à prendre des décisions comme un adulte, à anticiper les conséquences de leurs actes… leur cerveau n'est tout simplement pas encore équipé pour.**

Ces études nous apprennent encore que le développement du striatum ventral qui participe à la prise de risque se fait plus rapidement que celui des régions préfrontales qui évaluent le risque. Les jeunes seront donc enclins à être motivés par

DÉVELOPPEMENT DU CERVEAU

- **6 ans:** le cerveau atteint 95% de sa taille adulte;
- **7-11 ans:** le développement de la matière grise constituée des corps cellulaires des neurones contenant le noyau et leurs ramifications atteint son sommet;
- **12-25 ans:** la matière grise diminue en se spécialisant, la matière blanche va se densifier;
- **25 ans:** le cerveau est mature, le cortex préfrontal avec notamment les fonctions exécutives et le «centre organisationnel» sont les derniers à terminer leur développement.

ÉQUILIBRE ENTRE DÉVELOPPEMENT ÉMOTIONNEL ET RATIONNEL

A l'adolescence s'ouvre une période susceptible de provoquer une instabilité comportementale et cognitive : l'adolescent doit comprendre, assimiler, intégrer et lier de nouvelles expériences avec un « cerveau émotionnel » qui acquiert une maturation progressive. Plus l'adolescent aura des attachements de qualité, plus il sera à même de gérer les remous émotionnels de cette période (M. Delage, 2013).

des sensations fortes dont ils ne peuvent pas encore mesurer correctement les conséquences. Les activités adultes moins risquées peuvent leur paraître ennuyeuses. L'impulsivité adolescente, avec cette recherche de sensations fortes, est à considérer comme un phénomène normal mais qui peut devenir un cocktail explosif lors de blessures de vie, de troubles de l'image de soi, entraînant une recherche de solution urgente pouvant passer par la prise de substances ou une hyperconnectivité délétère.

Le fait que les parties du cerveau contrôlant les émotions – et leur maîtrise – soient encore en développement chez les adolescents plaide pour un renforcement de la protection de la jeunesse, notamment en encadrant l'accès aux activités qui comportent un risque d'addiction. Ici, la réalité épidémiologique n'est pas contestable. C'est dans le groupe des plus jeunes «expérimentateurs» que se trouve une partie des personnes qui auront des problèmes d'addiction par la suite. Ce constat n'a aucune valeur prédictive pour un individu, mais il permet de montrer l'importance de la prévention visant à retarder l'âge des premières expérimentations.

Les jeunes étant dotés de mécanismes de contrôle moins développés que les adultes, les expériences qu'ils font pourraient s'imprimer de manière plus forte dans leur mémoire et ainsi favoriser l'apparition de problèmes d'addiction plus tard. **Ceci plaide pour la mise en place de mesures de protection, de prévention, de cadre et surtout de liens de la part des parents.**

1.4 DIFFÉRENCES ENTRE FILLES ET GARÇONS

Une des différences majeures consiste dans le fait que la maturation de la matière grise semble plus précoce chez les filles. Si le développement du cortex préfrontal, siège de l'organisation, de la planification mais aussi de l'évaluation des conséquences des actes est plus précoce chez les filles, on peut en déduire que cela va influencer la prise de risque (un peu moins marquée chez les adolescentes). Toutefois, il faut se garder d'en tirer des conclusions trop mécaniques, en effet cette précocité neuronale des jeunes filles ne nous dit rien de leurs aptitudes sociales.

POUR ALLER PLUS LOIN

Giedd, J. N. (2011). *Maturation du cerveau adolescent*, In: R. E. Tremblay, R. G. Barr, RDeV. Peters & M. Boivin (eds). Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. Repéré à http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/GieddFRxp1.pdf

Beck, F., Maillochon F., Obradovic I. (2014). *Adolescences? Comprendre vite et mieux*. En coédition avec la Cité des sciences et de l'industrie.
Collection: InfoGraphie. Edition BELIN.

1.5 BIBLIOGRAPHIE

Coenen, R. (2001). *L'exclusion est une maltraitance: clinique des adolescents difficiles.* Thérapie familiale, 22(2), p. 133-151.

Delage, M. (2013). *La vie des émotions et l'attachement dans la famille.* Paris: Odile Jacob.

Gaillard, J.-P. (2009). *Enfants et adolescents en mutation. Mode d'emploi pour les parents, éducateurs, enseignants et thérapeutes.* Issy-les-Moulineaux: ESF éditeurs.

Giedd, J. N. (2011). *Maturation du cerveau adolescent*, In: R. E. Tremblay, R. G. Barr, RDeV. Peters & M. Boivin (eds). Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. Repéré à http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/GieddFRxp1.pdf

Lucia, S., Gervasoni, J.-P., Jeannin, A. & Dubois-Arber, F. (2012). *Consommation des jeunes et jeunes adultes en fin de semaine.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Le Garrec, S. (2002). *Ces ados qui en prennent: Sociologie des consommations toxiques adolescentes.* Toulouse: Presses universitaires du Mirail.

Sender, E. (2008). *Le cerveau des ados décrypté.* Science et Avenir, *739,* 10-18.


« J'élimine
car je fais du sport. »

LES ADOLESCENTS ET LA CONSOMMATION

2.1 LA NOTION DE RISQUE

Il convient de préciser quelque peu cette notion car elle est très utilisée au sujet des adolescents mais le plus souvent sans en interroger le contenu. Plus grave, elle devient même la base d'une expression redoutablement stigmatisante quand elle sert à désigner «une population à risque» comme c'est souvent le cas lorsqu'on parle des jeunes.

La définition du risque dépend aussi des préjugés accolés aux populations visées. Ainsi pour la consommation de psychotropes, elle est très vite associée à un risque conséquent pour les jeunes alors qu'elle prend un statut moins important pour l'adulte. C'est le cas de l'alcoolisation massive du week-end, amplifiée chez les jeunes et passée sous silence chez les adultes, pourtant largement concernés.

Dans le discours de la prévention, les consommations sont trop souvent désignées comme des conduites à risques. Le plaisir et les différents bénéfices associés sont insuffisamment évoqués. Comme si l'on ne pouvait considérer que l'envers de la médaille. Les adolescents (comme les adultes d'ailleurs) qui sont à la recherche de plaisir, de partages sociaux ou de moyens pour lutter contre le mal-être, se sentiront peu concernés par la problématique du risque si celui-ci est dissocié de leur vécu et de leurs intérêts.

Ainsi, l'argument sanitaire (c'est mauvais pour ta santé) peut devenir tout à fait secondaire quand l'argument social (c'est bon pour la fête, pour être avec les autres) est présent.

Enfin, Le Garrec (2011, p. 12-15) décrit les diverses stratégies utilisées par les jeunes pour **contourner et réinterpréter les messages de prévention:**

- **Les stratégies conjuratoires:**
  «J'élimine car je fais du sport», «Je ne coucherais jamais avec un gars qui n'est pas du coin», «L'ecstasy je l'achète à des personnes que je connais, pas à des dealers inconnus… il y a une certaine confiance».

- **Les croyances de survalorisation de soi:**
  «J'ai essayé plein de trucs et il ne m'est rien arrivé, je suis sous une bonne étoile ».

- **La toute-puissance de la science:**
  «Les avancées de la science sont telles que bientôt on greffera des poumons».

2.2 LA CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOTROPES

Concernant le sens de la consommation, l'étude *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC, 2012), réalisée en Suisse par Addiction Suisse auprès de 10'123 élèves de 11 à 15 ans, montre bien que les raisons invoquées par les jeunes sont vraiment plurielles (du plaisir au réconfort en passant par le besoin d'appartenance).

On y découvre notamment que les dimensions festives et sociales y dominent nettement (en ce qui concerne la consommation d'alcool, les trois premières raisons invoquées sont: «Pour mieux apprécier une fête»; «Simplement parce que cela m'amuse»; «Parce que c'est plus drôle lorsque je suis avec les autres»). Par contre la raison d'intégration «pour faire partie d'un certain groupe» est plus rarement mentionnée. On observe également que les filles sont légèrement plus nombreuses à recourir aux produits pour leur effet «anxiolitique», soit «oublier mes problèmes», «me réconforter» ou «comme aide quand je suis déprimée». Les professionnels savent que **la consommation de «soulagement» peut être passagère mais que c'est aussi celle qui peut révéler un problème plus profond**.

Un autre intérêt de l'étude HBSC est la corrélation des éléments de qualité de vie familiale et sociale avec la consommation. Ainsi, si la grande majorité des jeunes de 15 ans ne consomme pas ou très peu, cette étude permet de mieux percevoir l'influence des contextes de vie sur ceux qui ont une consommation plus régulière.
Le milieu familial joue un rôle protecteur quand les jeunes osent se confier et parler de leurs activités à leurs parents. En effet, les jeunes dont le lien familial est basé sur la confiance et l'échange consomment moins et moins régulièrement que ceux dont la relation familiale est plus ténue (Archimi & Delgrande Jordan, 2014).

L'enquête de la Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme (FEGPA) auprès de 2'100 parents des villes de Lausanne et Genève (Donzé, 2012) montre que:

- Une majorité de parents affirment qu'il leur est facile de parler des substances avec leurs adolescents, du moins des deux substances légales que sont le tabac et l'alcool, mais ils ont plus de réticence à les questionner sur leur consommation effective.

- Quant à la consommation de cannabis, les parents sont plus empruntés, en parlent moins et questionnent moins leurs adolescents sur cette substance qu'ils jugent pourtant plus dangereuse.

Le rapport complet de l'étude HBSC sur les liens entre les facteurs de vulnérabilité et la consommation de psychotropes chez les 11-15 ans de Suisse (Archimi, Delgrande Jordan, 2014) est disponible sur internet: www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_273.pdf

LES ADOLESCENTS ET LA CONSOMMATION

On constate ainsi que l'expérimentation de psychotropes par les jeunes est assez acceptée par les parents mais ceci strictement en parallèle avec le statut légal (et donc socialement accepté) du produit et probablement en lien avec leur propre familiarité avec les produits.

Si les parents interrogés ont une vision de la consommation de leurs adolescents de 16 à 18 ans très proche de ce que les jeunes déclarent eux-mêmes consommer, il n'en va pas de même pour les plus jeunes. **Il semble difficile pour les parents d'imaginer leurs «jeunes adolescents» (entre 13 et 15 ans) en consommateurs de tabac, d'alcool ou de cannabis.** Pourtant, la précocité des premières consommations est un des indicateurs jugés aujourd'hui fiables de risque de développer une dépendance.

Enfin, les données de l'étude HSBC (Addiction Suisse, 2012) concernant le lien entre le stress scolaire et la consommation montrent un phénomène bien connu dans le monde adulte à savoir que plus le stress est fortement ressenti, plus le recours à des produits pour en atténuer les effets désagréables est important.

LES PRODUITS PSYCHOTROPES

Pour en savoir plus sur chaque produit et leurs effets, voir le site d'Addiction Suisse :
http://www.addictionsuisse.ch/materiel-dinformation/brochures-dinformation/

2.3 CE QU'IL FAUT RETENIR À PROPOS DES PRODUITS

En ce qui concerne les produits, nous retiendrons la représentation de la dangerosité pharmacologique présentée sous forme de tableau tri-dimensionnel par A. Morel et J.-P. Couteron. Ce tableau synthétise la capacité d'atteintes cellulaires (toxicité), le pouvoir de modification psychique (intensité) et le potentiel addictif (dépendance).

On remarque ainsi que si l'héroïne et le LSD se partagent la palme de l'intensité de la réaction, l'héroïne a un fort potentiel de dépendance alors que le LSD n'en a pas et que les deux substances, si elles ne sont pas trafiquées, ont un faible potentiel de toxicité. Par contre, le tabac se situe dans les produits les plus toxiques avec l'alcool. Le cannabis quant à lui a un assez faible potentiel de toxicité et un potentiel de dépendance plus faible que l'alcool.

Il faut se souvenir que la dangerosité pharmacologique ne se résume pas à l'effet d'un produit, puisque ce dernier est hautement lié au contexte d'usage, soit:

- L'intensité d'usage (occasionnelle, répétée ou régulière)
- Les doses consommées
- Les produits associés (mélange cannabis-alcool)
- La vulnérabilité de la personne tant somatique que psychique et sociale.

Cliniquement, on constate que les effets spécifiques à chaque produit peuvent orienter l'usage que le jeune en fait selon les sensations qu'il recherche (auto-médication, réduction de l'inhibition sociale, usage festif, oubli des problèmes…).

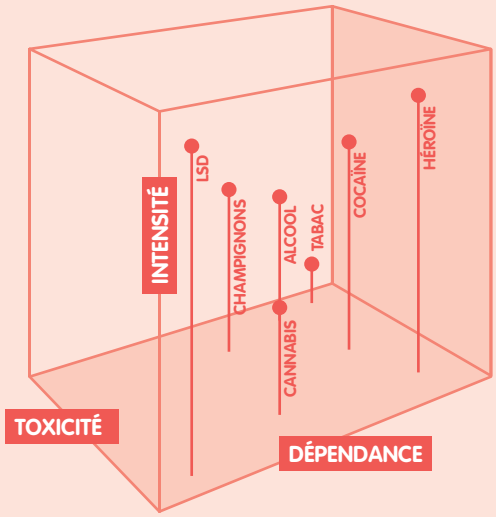


Figure 1. Profil pharmacologique de dangerosité (Morel & Couteron, 2008, p. 46).

2.4 LA CONSOMMATION DE NOUVEAUX MÉDIAS

C'est un fait indéniable, l'arrivée des nouveaux écrans a révolutionné notre société, tant au niveau professionnel, des loisirs, des modes de communication qu'à celui des relations sociales. Cette nouvelle culture de masse cristallise parfois les conflits entre les adolescents grands utilisateurs et leurs parents.

Quatre critères peuvent être retenus comme importants pour déceler le caractère problématique de l'hyperconnectivité chez un jeune:

- **L'âge** est un facteur important. Le développement tardif de l'inhibition de l'impulsivité (souvent vers 18 ans et jusqu'à 25 ans) peut amener le jeune à ne pas pouvoir s'empêcher de jouer à un jeu vidéo, par exemple. L'adolescence, rappelons-le, est une période d'apprentissage de l'auto-régulation que les parents peuvent soutenir.

- **Le temps** passé à l'usage de ces technologies peut varier de façon importante selon le contexte (navigation internet, jeu en solo, jeu en ligne, chat, sms et autres). Il est considéré comme problématique lorsqu'il induit une perturbation de l'emploi du temps et une perte d'intérêt pour d'autres activités.

- **Le genre** conditionne une utilisation différente des médias électroniques. Les garçons consomment plus de jeux en ligne, alors que les filles passent plus de temps sur les «chats», mais pour tous, la finalité est toujours celui d'un contact avec l'autre. Si le moyen n'est pas le même, le but l'est.

- **La comorbidité** avec un problème de santé mentale est très élevée chez les personnes qui développent un usage problématique des nouveaux médias. Les troubles de l'humeur et notamment la dépression sont les plus fréquents. Un cercle vicieux semble se mettre en place, une humeur dépressive conduit à plus de consommation qui à son tour renforce l'humeur dépressive. Il apparaît donc que ces nouvelles technologies peuvent offrir un espace approprié à l'expression de problèmes de santé mentale déjà présents ou les aggraver (Bach, Houdé, Léna & Tisseron, 2013, p. 125-129).

CYBERADDICTION OU HYPERCONNECTIVITÉ ?
Si les adolescents sont de grands utilisateurs des médias électroniques, on évitera toutefois de parler de «cyberaddiction» pour cette période de transition, le danger de stigmatisation et de pathologisation excessive étant important. On parlera plutôt d'hyperconnectivité.

Ce ne sont pas tellement le temps passé à jouer ou le nombre de consommations qui importent le plus, mais bien la relation qu'instaure le jeune avec l'objet de plaisir ainsi que la qualité du lien avec son entourage.

Comme pour les autres situations d'usage excessif, l'hyperconnectivité chez un jeune peut être le symptôme d'une situation intrafamiliale douloureuse (Phan & Bastard, 2012). Les approches et les principes développés ci-dessous s'appliquent donc de la même manière, toujours dans une logique d'intervention précoce.

On peut parler d'une surconsommation lorsqu'elle s'installe dans la durée et qu'elle s'accompagne de ruptures sociales, familiales et/ou scolaires (Van Pelt & Courtois, 2007).

POUR ALLER PLUS LOIN

Addiction Suisse. (2012). *La consommation d'alcool, de tabac et de cannabis des jeunes: données et éclairages.* Lausanne: Addiction Suisse. Repéré à http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Alcool_Tabac_Cannabis_hbsc.pdf

Office fédéral de la santé publique. (2013-2014). Récupéré de http://www.suchtmonitoring.ch/

Le Garrec, S. (2012). *L'entre-deux risque(s). Entre perspective préventive et réalité individuelle.* Journal des socio-anthropologues de l'adolescence et de la jeunesse. Repéré à http://anthropoado.com/le-journal-des-socio-anthropologues-de-l-adolescence-et-de-lajeunessetextes-en-ligne/

2.5 BIBLIOGRAPHIE

Addiction Suisse. (2012). *La consommation d'alcool, de tabac et de cannabis des jeunes: données et éclairages.* Lausanne: Addiction Suisse. Repéré à http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Alcool_Tabac_Cannabis_hbsc.pdf

Archimi, A., Delgrande Jordan, M. (2014). *Vulnérabilité aux comportements à risque à l'adolescence: définition, opérationnalisation et description des principaux corrélats chez les 11-15 ans de Suisse.* Lausanne: Addiction Suisse.

Bach, J.-F., Houdé, O., Léna, P. & Tisseron, S. (2013). *L'enfant et les écrans: un avis de l'Académie des sciences*. Paris: Le Pommier.

Donzé, S. (2012). *Mon ado et les substances: Le point de vue des parents sur la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis à l'adolescence.* Rapport d'enquête pour le CIPRET, la FVA et la FEGPA. Repéré à http:www.mon-ado.ch/enquetefegpa.html

Girod, I., Richter, F. & Savary, J.-F. (2012). *Mais où est passée notre jeunesse? Adolescence, addictions, médias électroniques et intervention précoce.* Yverdon: Dossier de l'Artias. Récupéré de http://www.grea.ch/publications/mais-ou-est-passe-notre-jeunesse

Le Garrec, S. (2011). *Le temps des consommations comme oubli du présent.* Psychotropes, 17(2), 19-38.

Lucia, S., Gervasoni, J.-P., Jeannin, A. & Dubois-Arber, F. (2013). *Consommation des jeunes et jeunes adultes en fin de semaine.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Repéré à www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds197_fr.pdf

Morel, A. & Couteron, J-P. (2008). *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner.* Paris: Dunod.

Phan, O. & Bastard, N. (2012). Thérapie familiale et jeux vidéo. *Psychotropes,* 18(3-4), 99-107.

Van Pelt, M. & Courtois, A. (2007). *La surconsommation de cannabis dans le processus d'individuation des adolescents.* Psychotropes, 13(1), 33-55.


« Personne ne peut me comprendre. »

QUELQUES NOTIONS THÉORIQUES

Le travail avec les adolescents qui, parmi leurs difficultés, ont des problèmes de consommation, fait appel à de nombreuses notions théoriques dépendant à la fois de la situation rencontrée et du bagage de l'intervenant. Les auteurs proposent un cadre de réflexion qui ne se veut aucunement exclusif mais qui leur a semblé le plus pertinent dans leur pratique.

CADRE LÉGAL : LOI FÉDÉRALE SUR LES STUPÉFIANTS ET LES SUBSTANCES PSYCHOTROPES (LSTUP, 2013)

Art. 3c - Compétence en matière d'annonce

1 Les services de l'administration et les professionnels œuvrant dans les domaines de l'éducation, de l'action sociale, de la santé, de la justice et de la police peuvent annoncer aux institutions de traitement ou aux services d'aide sociale compétents les cas de personnes souffrant de troubles liés à l'addiction ou présentant des risques de troubles, notamment s'il s'agit d'enfants ou de jeunes, lorsque les conditions suivantes sont remplies :

a. ils les ont constatés dans l'exercice de leurs fonctions ou de leur activité professionnelle ;
b. un danger considérable menace la personne concernée, ses proches ou la collectivité ;
c. ils estiment que des mesures de protection sont indiquées.

2 Si l'annonce concerne un enfant ou un jeune de moins de 18 ans, son représentant légal en est également informé à moins que des raisons importantes ne s'y opposent.

3 Les cantons désignent les institutions de traitement ou les services d'aide sociale qualifiés, publics ou privés, qui sont compétents pour prendre en charge les personnes annoncées, notamment s'il s'agit d'enfants ou de jeunes en situation de risque.

4 Le personnel des institutions de traitement et des services d'aide sociale compétents est soumis au secret de fonction et au secret professionnel au sens des art. 320 et 321 du code pénal. Il n'est pas tenu de témoigner en justice ni de donner des renseignements si les déclarations qu'il pourrait faire concernent la situation de la personne prise en charge ou une infraction visée à l'art. 19a.

5 Les services de l'administration et les professionnels visés à l'al. 1 qui apprennent qu'une personne qui leur est confiée a enfreint l'art. 19a ne sont pas tenus de la dénoncer.

3.1 L'INTERVENTION PRÉCOCE (IP)

La démarche d'intervention précoce (Al Kurdi, Carrasco & Savary, 2010) a pour objectif de mieux cibler la prévention et de répondre aux problèmes là où ils se manifestent, sans attendre que la situation se dégrade. Le concept d'IP entend impliquer tous les membres de notre société, afin de permettre un développement harmonieux de chacun. Comme le montre la pyramide ci-dessous, le concept d'intervention précoce est fondé sur quatre phases distinctes:

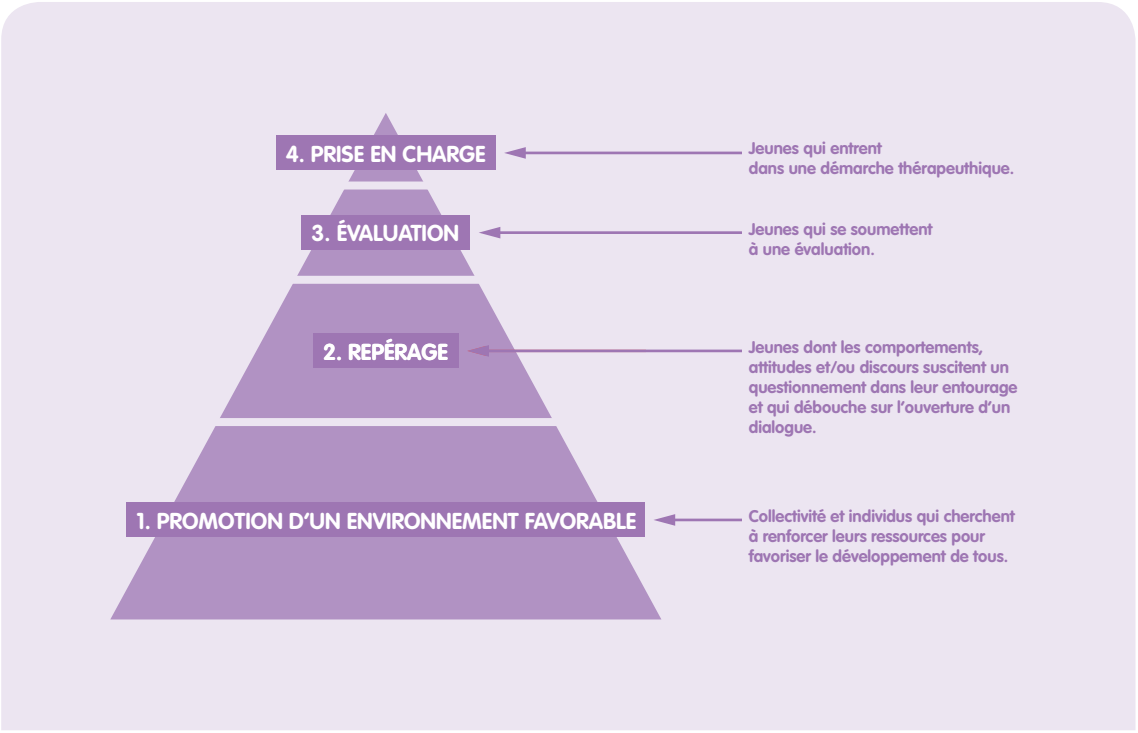


Figure 2. La pyramide de l'intervention précoce: phases et publics-cibles (Al Kurdi, Carrasco & Savary, 2010).

Les phases 1 et 2 sont du ressort de tout un chacun, c'est-à-dire de tous les membres d'une communauté donnée: établissements scolaires, quartiers, sociétés locales, centres de loisirs, familles, etc.

Les professionnels ont la possibilité d'annoncer une personne souffrant d'addiction aux services compétents (Art. 3c sur la compétence d'annonce).

Les phases 3 et 4 relèvent de spécialistes tels que médecins, psychologues, assistants sociaux, éducateurs, infirmiers, idéalement constitués en équipe pluridisciplinaire.

Comme le montre le schéma, l'intervention peut s'inscrire n'importe où sur le continuum de la consommation.

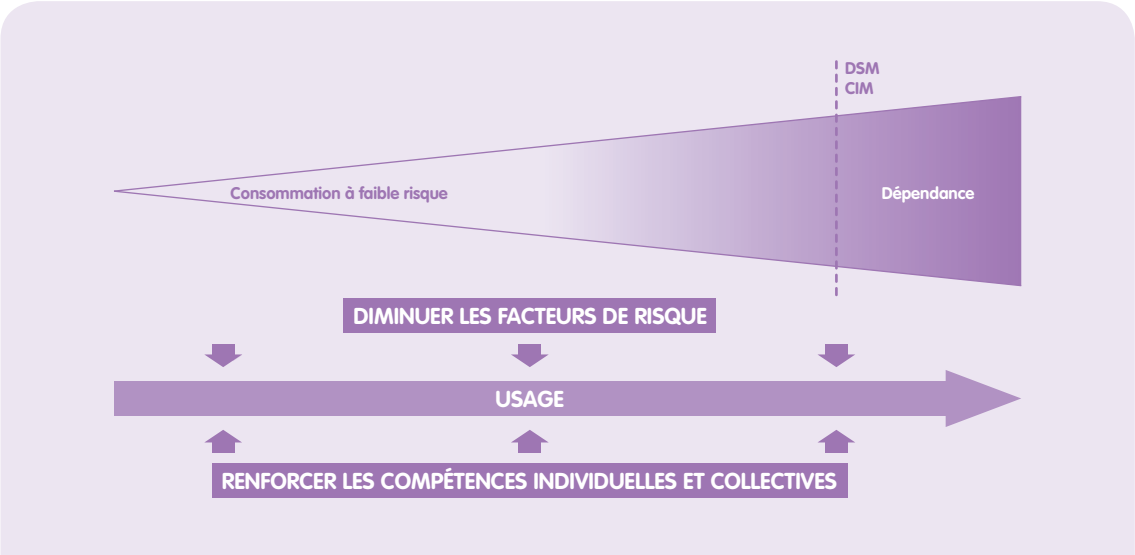


Figure 3. L'intervention précoce: un continuum (Al Kurdi, Carrasco & Savary, 2010).

> Pour en savoir plus sur les démarches IP: www.interventionprecoce.ch

3.2 LE MODÈLE BIO-PSYCHO-SOCIAL

Il est largement admis que l'expérience psychotrope doit se comprendre par l'interaction de la substance (ou du déclencheur), des réalités de l'individu qui consomme et du contexte social. Ces trois dimensions interagissent de façon complexe à la source même de la prise de psychotropes. Ce qui explique aussi que le même produit n'a pas forcément le même effet d'un individu à l'autre.

Le vécu d'un adolescent qui consomme un psychotrope est produit par l'interaction entre l'effet bio-chimique, biologique et ses attentes, ses motivations et ses représentations. Ces dernières sont directement conditionnées par ses attaches culturelles, son environnement social, ses cognitions et son histoire psycho-affective. Chacun de ces éléments agira sur les autres de manière systémique par des actions et des rétroactions.

C'est sur ce modèle par exemple que, dans le canton de Vaud, l'équipe interdisciplinaire de DEPART (psychologue, pédopsychiatre, infirmière, intervenant social) intervient pour répondre au besoin d'expertise des proches des adolescents consommateurs de substances, du réseau institutionnel et des jeunes eux-mêmes (de 12 à 20 ans). DEPART offre une prise en charge sur plusieurs axes:

- Avec le jeune, il s'agit de faire une évaluation de la consommation mais surtout de l'inscrire dans sa situation globale (famille, école, réseau social). Cela permet de mieux comprendre le sens de cette consommation et de mettre en évidence les obstacles et ressources pour une évolution favorable du jeune.

- Avec leur famille, l'équipe offre un espace d'écoute et de réflexion afin de favoriser la compréhension des difficultés du jeune, de diminuer l'inquiétude et la pression relative et de renforcer les compétences et ressources propres de la famille pour faire face aux problématiques rencontrées.

Il s'agit donc d'une **évaluation globale de la vulnérabilité du jeune** qui prend en compte la consommation, mais également l'individu (les facteurs personnels) et surtout le contexte (facteurs environnementaux) dans lequel le jeune évolue. L'évaluation permet d'indiquer des pistes de prise en charge (orientation vers des prestations thérapeutiques ou socioprofessionnelles) et/ou une mise en œuvre d'un accompagnement individualisé, porté par DEPART mais inscrit dans le réseau pluridisciplinaire.

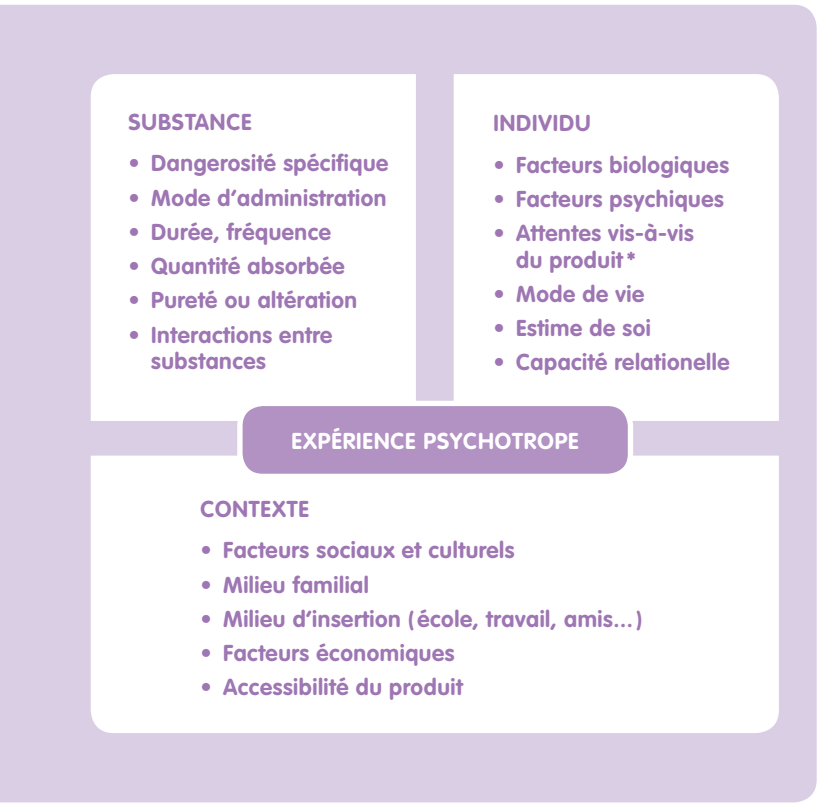


Figure 4. Le modèle bio-psycho-social.

La multiplicité et la complexité des facteurs en jeu dans la surconsommation appellent une grande diversité de compétences professionnelles. Il est donc hautement souhaitable que l'accompagnement se fasse en réseau transdisciplinaire, incluant toutes les personnes impliquées dans la vie de l'adolescent (l'adolescent lui-même, les parents, le lieu de formation ou le patron, le médecin, les intervenants psycho-sociaux…) et ainsi pouvoir agir de façon concertée au-delà du simple constat d'une consommation de substance chez un jeune. Le rôle du réseau est aussi d'être suffisamment solide pour supporter les fluctuations de la fréquentation du jeune aux rendez-vous ou activités prévues.

La pratique de l'accompagnement en réseau favorise l'émergence de compétences en matière de repérage auprès des différents professionnels en lien avec le jeune et contribue ainsi à une prise en charge plus précoce des jeunes en situation de vulnérabilité.

Si l'approche éducative et psychologique est souvent la première évidence, il est toutefois important de ne pas passer à côté d'éventuels **problèmes somatiques** liés à la puberté ainsi que d'accorder une attention suffisante au **soutien à la formation**.

3.3 L'IMPORTANCE DU TRAVAIL SYSTÉMIQUE

L'approche systémique postule qu'un individu est en interaction avec son milieu, son contexte et que les changements qui l'affectent vont aussi affecter son environnement et inversement. Dans le travail avec les adolescents, on relèvera les éléments suivants:

- Il nous semble incontournable de **travailler avec la famille** comme cela sera développé au chapitre 4.

- Non moins incontournable est le **travail avec le réseau**. Les entretiens dits «de réseau» sont actuellement chose courante. Souvent, ces rencontres sont considérées comme des séances informatives ponctuelles ou encore vécues comme une corvée par les différents intervenants et comme un tribunal pour les familles; il serait pourtant dommage d'y résumer là le travail en réseau. Celui-ci devrait être un partage de compétences et de points de vue complémentaires qui permette au jeune en difficulté et à sa famille de pouvoir trouver les ressources nécessaires pour débloquer la situation de crise. Les notions de respect et de partenariat sont alors centrales: respect des autres intervenants sans notion de hiérarchie, respect du jeune et de la famille qui doivent se sentir épaulés et soutenus plutôt que ligotés et jugés.

- La systémique postule que l'intervenant n'est jamais une personne neutre, mais qu'il participe au système et à la problématique avec les autres membres de la famille. Avoir conscience de cela permet à l'intervenant de mieux comprendre et mieux assumer son rôle.

3.4 L'APPORT DE LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

Les mécanismes de l'attachement permettent de préserver le lien initial vital du tout jeune enfant avec ses figures nourricières et protectrices. Chez l'homme qui naît prématuré par rapport aux autres mammifères et qui utilise les émotions comme facteur de régulation essentiel dans ses interactions, les mécanismes de l'attachement revêtent un aspect complexe et déterminant dans la structure de sa personnalité. Si l'empreinte attachementale de base se fait dans les premiers mois de la vie, l'adolescence est une période de vie cruciale de remaniement des liens à ses proches qui s'appuie sur les qualités de l'attachement développées au cours de l'enfance. Il s'agit d'avoir des attachements suffisamment sécures pour pouvoir s'autonomiser. Cet envol du nid parental se fait chez la plupart des jeunes avec un niveau de crainte ou d'anxiété tolérable. La consommation peut venir tenter de limiter cette anxiété chez les jeunes dont les attachements sont insécures.

Dès les premiers mois de la vie, l'enfant développe avec sa ou ses figures de soin un modèle de base qui imprègnera sa manière d'être en relation affective avec les autres tout au long de sa vie. Grâce à la plasticité neuronale, ce modèle sera partiellement modifié et remanié au cours des différentes expériences relationnelles. Ainsi, si un enfant vit

A RETENIR

La constitution par les parents d'une base sécure pour leur enfant ou l'adolescent est ce qui lui permet de faire des intrusions, des explorations dans le monde extérieur tout en ayant la certitude qu'à son retour il trouvera un accueil, de la réassurance, du réconfort et de la protection (Bowlby, 1988).

ses premières relations sur un mode insécure, il y a de fortes chances que ses schémas interactionnels futurs soient imprégnés de cette insécurité. L'enjeu sera alors de créer des liens de sécurité suffisants pour lui permettre un changement, ou du moins pour offrir une réassurance suffisante pour préparer un changement et pour vivre suffisamment bien avec son insécurité. C'est ainsi qu'**éducateurs et soignants peuvent devenir des tuteurs de résilience**. Il y a différents types d'attachements insécures, désorganisés, évitants et ambivalents-résistants, qui provoquent des modes relationnels très différents, allant de l'évitement avec pseudo-autonomie à la trop grande proximité en passant par des comportements très perturbés.

La théorie de l'attachement donne des grilles de lecture essentielles dans le domaine des adolescents et de leurs consommations. Elle permet aussi de décoder les contre-réactions des éducateurs et soignants.

LA RÉSILIENCE

La résilience désigne la capacité à pouvoir surmonter un traumatisme, à utiliser positivement les écueils de l'existence. Le processus de résilience dépend à la fois d'aptitudes individuelles et de ressources familiales, sociales et environnementales.

3.5 LES STADES DU CHANGEMENT

Dans leurs différentes études, notamment avec les personnes qui souhaitent arrêter de fumer, Prochaska, Norcross & DiClemente (1994) ont développé un modèle des stades normaux du changement pour des populations adultes et dépendantes. Si on peut rester bloqué à un stade ou l'autre et si ces stades peuvent s'étaler sur des périodes variables, ils ne pourraient pas s'accomplir dans un autre ordre et un changement ne pourrait avoir lieu sans que la personne passe par l'ensemble des stades.

Les auteurs ont constaté qu'il est possible de passer à travers les 5 stades et de rester au maintien du changement dès la première tentative. Toutefois, ceci constitue l'exception et non la règle, puisque **la majorité des individus font des rechutes**. Il importe donc de garder à l'esprit que la rechute est à prévoir, qu'elle est normale, qu'elle fait partie du processus de guérison et n'est pas un retour en arrière.

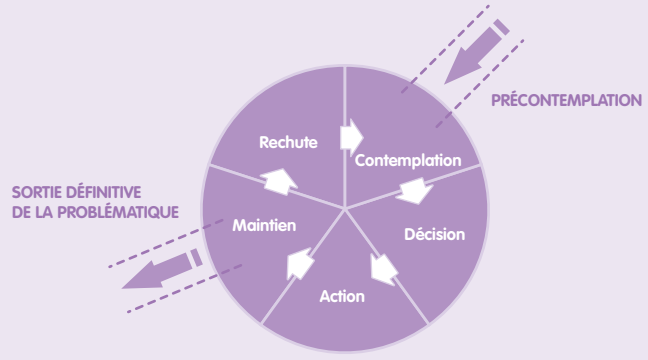


Figure 5. Les stades du changement (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994).

Identifier le stade dans lequel se trouve le jeune qui vient nous consulter permet **d'ajuster notre intervention**. On ne planifiera pas de la même manière la prise en charge de quelqu'un qui n'est pas conscient du problème (précontemplation) ou de quelqu'un qui prépare son passage à l'acte (contemplation).

Ce modèle est surtout pertinent pour ceux qui ont une consommation avec une problématique de dépendance. Pour les adolescents, le stade dans lequel ils se trouvent le plus souvent est celui de la précontemplation qu'on peut même plus clairement appeler stade de «passion» ou de «lune de miel».

POUR ALLER PLUS LOIN

Al Kurdi, C., Carrasco, K. & Savary, J.-F. (2010). *Intervention précoce: accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité.* Yverdon-les-Bains, Suisse: Groupement Romand d'Etudes des Addictions. www.interventionprecoce.ch

Delage, M. (2013). *La vie des émotions et l'attachement dans la famille.* Paris: Odile Jacob.

3.6 BIBLIOGRAPHIE

Al Kurdi, C., Carrasco, K. & Savary, J.-F. (2010). *Intervention précoce: accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité.* Yverdon-les-Bains, Suisse: Groupement Romand d'Etudes des Addictions. www.interventionprecoce.ch

Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory.* Londres: Routledge.

Morel, A., Couteron, J.P. & Fouilland, P. (2010). *L'aide-mémoire d'addictologie.* Paris: Dunod.

Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien. Théorie de l'attachement.* Paris: Odile Jacob.

Van Pelt, M. & Courtois, A. (2007). *La surconsommation de cannabis dans le processus d'individuation des adolescents.* Psychotropes, 13(1), 33-55.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: a revolutionnary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward.* New York: Avon Books Inc.


« J'aime passer du temps
devant l'ordi. »

LE TRAVAIL AVEC LA FAMILLE

4.1 POURQUOI TRAVAILLER AVEC LA FAMILLE ?

La prise en charge des problèmes de consommation demande une approche intégrative qui tienne compte de toute la complexité de la situation, selon le modèle bio-psycho-social.

Au niveau **individuel**, le malaise vécu par l'adolescent s'inscrit le plus souvent dans le contexte familial (réseau primaire) dont l'équilibre est mis en crise.

Les **familles**, confrontées aux changements de l'adolescence, n'ont d'autre choix que de renégocier les conditions de vie commune permettant de maintenir un équilibre. Pour certaines d'entre elles, les ressources mobilisables sont suffisantes pour oser s'y confronter et prendre ce risque. Pour d'autres en revanche, la tâche peut se révéler ardue voire insurmontable. Dans ce contexte, c'est l'adolescent qui «devient» le problème. Toute l'attention va se focaliser sur lui, alors que c'est l'ensemble familial qui devrait tenter de remanier ses interactions.

Au niveau **social,** l'image négative et parfois dramatique véhiculée par «les drogues» met la famille à mal. Les parents se trouvent souvent démunis devant cette problématique, ne sachant comment intervenir. Il importe donc de remettre en contexte les consommations par rapport aux dynamiques familiales, sociales et individuelles. Des objectifs de guidance parentale peuvent alors aussi aider les parents à aider leur enfant.

Exemple d'approche systémique

Les parents de Samuel consultent car ils sont très en souci. Leur fils de 17 ans passe son temps dans sa chambre devant son ordinateur. Plusieurs débuts d'apprentissage et d'école ont échoué et ses stages avortés. Il fume beaucoup et, de temps en temps, aussi quelques joints. Un séjour dans un accueil d'urgence montre que Samuel n'a pas de problème psychiatrique grave qui puisse l'empêcher de sortir de chez lui et qu'il ne souffre pas d'addiction aux écrans: s'il joue de nombreuses heures par jour, il ne présente par contre aucun symptôme de sevrage à l'arrêt de son usage des écrans. Il importe ici de reconnaître l'inquiétude des parents qui concerne plutôt les conséquences de désinsertion sociale et d'absence de formation, ainsi que de remettre les comportements de Samuel dans le contexte à la fois éducatif et de dynamique familiale plutôt que de se focaliser uniquement sur la problématique des écrans. Comme Samuel ne veut absolument pas voir un professionnel en dehors du foyer qui l'a accueilli temporairement, un travail d'alliance, de compréhension de la dynamique familiale et de guidance parentale sera entrepris avec les parents.

L'approche systémique vise à considérer les phénomènes humains dans leur globalité en étudiant les interactions, l'organisation, la structure et la forme. Elle privilégie les processus plus que les contenus, s'attache aux finalités et intègre l'incertitude et le hasard.

Finalement, il est important de redonner aux individus la confiance de pouvoir changer la situation et, par un travail d'alliance suffisamment «sécure», travailler à rendre plus fonctionnelle la structure familiale tout en laissant croître les compétences de chacun. On travaille donc simultanément sur la **réduction des facteurs de risque et sur le développement des compétences personnelles**.

4.2 QUI PEUT INTERVENIR AVEC LA FAMILLE ?

Prendre en compte la **dimension familiale**, lors du travail avec un adolescent, est important même si on ne se situe pas dans un contexte de travail systémique. On peut amener la discussion sur ce sujet, permettre au jeune de faire des liens entre sa consommation et ce qu'il vit au quotidien. Dans une démarche d'évaluation, il est important de prendre en compte le contexte relationnel de l'adolescent (dont fait partie la famille) pour pouvoir ensuite l'orienter au mieux vers un accompagnement adapté.

Dans le travail avec les adolescents, il est donc difficilement imaginable de ne pas travailler avec la famille. Les parents étant, jusqu'à preuve du contraire, la première ressource de leurs enfants, il importe de pouvoir les associer au travail que l'on fait avec eux. Cela ne signifie en aucun cas que les règles de confidentialité qui lient le professionnel à l'adolescent soient enfreintes. **La rencontre avec les parents doit être négociée,** le cadre de cette rencontre doit être posé, les thèmes à aborder préparés et le contenu que l'on veut transmettre ou non clairement défini.

Plus les parents sont impliqués tôt dans la démarche, plus ils pourront devenir des partenaires importants pour la prise en charge future.

AVEC QUEL PARENT TRAVAILLER ?

La mobilisation des deux parents est primordiale, même si, pour des raisons diverses (divorce, surcharge de travail, conflit), il peut paraître plus simple de travailler avec un seul.

4.3 COMMENT INTERVENIR AVEC LA FAMILLE ?

L'homéostasie est l'ensemble des mécanismes mis en œuvre par un système pour maintenir l'équilibre en son sein.
L'intervenant doit donc faire attention à respecter le besoin de maintenir l'équilibre tout en favorisant l'évolution, autrement dit proposer des pistes de changement suffisamment peu différentes pour ne pas effrayer et suffisamment différentes pour permettre le changement. La métaphore de la marche est parlante : pour avancer nous devons nous mettre en déséquilibre vers l'avant, ce qui nous pousse (afin de ne pas tomber et donc de maintenir un équilibre suffisant) à mettre un pied en avant pour se rééquilibrer et ainsi de suite…

Des parents qui demandent une consultation avec un professionnel cherchent un expert pour les aider à changer une situation qui leur pose problème. A priori, ils partagent donc leur objectif avec ce dernier. Mais Minuchin et Fishman (1981) attirent notre attention sur le fait que c'est rarement le cas: dans une demande d'aide, l'adolescent consommateur de psychoactifs a généralement été identifié comme porteur d'un problème qui lui est propre. La famille n'est donc pas forcément prête à se remettre en question. **Il est important pour le professionnel de ne pas imposer son point de vue mais, au contraire, de laisser la responsabilité de la demande au demandeur.** Plutôt que vouloir imposer un changement construit sur nos propres valeurs, il convient d'explorer celles de la famille. En d'autres termes, il s'agit de faire alliance

LE TRAVAIL AVEC LA FAMILLE

avec la famille que nous rencontrons et être conscients de leur besoin d'homéostasie.

Lors du premier entretien avec la famille, on pourra commencer par reprendre succinctement le motif de la demande pour poser le problème. Par exemple, questionner comment la famille a négocié le fait de prendre ce rendez-vous rendra compte de leurs inquiétudes, de leurs représentations respectives du problème et de leurs besoins. Ainsi, en ne mettant pas l'attention sur le problème, on évite d'entrer dans une stigmatisation du jeune concerné.

Nous ne sommes probablement pas les premiers professionnels que les membres de la famille rencontrent. Souvent, ils ont déjà fait différentes tentatives pour améliorer la situation, les confrontant à un sentiment d'échec et de culpabilité. Notre tâche est alors d'explorer ce qui a été fait précédemment, de reconnaître ce qui a fonctionné et ce que la famille voudrait faire différemment. D'autre part, nous pouvons reconnaître le courage et les efforts qu'une telle situation nécessite, assurer la famille de notre soutien, chercher et mettre en valeur les compétences présentes dans la famille et indiquer aux parents qu'on respectera au mieux leur rythme sans imposer nos points de vue.

Dans ce contexte, il faut garder à l'esprit que l'adolescent, lui, ne vient généralement pas volontiers nous voir. Sa présence s'explique souvent par la pression des parents, de l'école ou de la justice. Le travail de **mise en confiance** est donc particulièrement important. On n'hésitera pas à utiliser toutes les informations, y compris non-verbales, qu'il nous donne pour commencer à **tisser un lien** avec lui.

Il en va dans les thérapies (ou autres suivis) comme dans les expériences amoureuses : les expériences précédentes influeront fortement la nouvelle. Edith Tilmans rend attentif à **questionner les expériences précédentes de thérapie** pour aider à focaliser sur ce qui a été vital pour les membres de la famille ainsi que les écueils que l'intervenant devrait éviter (Labaki & Marwood, 2012).

La problématique de la consommation de substances psychoactives amène quelques spécificités dans le discours à adopter. **Selon le stade du changement dans lequel se trouve l'adolescent, l'objectif ne sera pas le même.** Fixer une abstinence totale n'est peut-être pas ce qu'il souhaite et risque de le braquer. Souvent, le jeune est en phase de «lune de miel» avec le produit (stade de précontemplation). Reconnaître le rôle de la consommation pour lui (par exemple son effet calmant), ne signifie pas pour autant en devenir complice (Descoeudres, 2009). On peut alors aussi nommer les craintes que peut susciter la perspective de baisser ou de cesser sa consommation. Le jeune se sentira alors reconnu et, en même temps, cela permet d'expliciter la fonction positive du symptôme. On parle alors de «recadrage».

Cette première exploration est nécessaire pour pouvoir s'ajuster en fonction de la souffrance vécue (et non du type de produit), des valeurs familiales et des aspects culturels. **La position du professionnel sera, de fait, non stigmatisante et responsabilisante pour le jeune.**

Soutenir un adolescent ne signifie pas prendre parti contre les parents. Même dans des situations de conflits manifestes, le jeune garde des loyautés envers ses parents et, jusqu'à preuve du contraire, les parents restent la référence principale de leur enfant.

RECADRAGE

«Le principe même du recadrage consiste donc à jouer sur l'ensemble de référence ou sur le contexte du problème de façon à ce que le nouveau cadre rende le problème accessible à une solution.» (Wittezale & Garcia, 1995, p. 216).

Par exemple, on peut reconnaître les difficultés: «C'est très difficile pour toi et tu n'oses pas te confier à tes parents car tu ne te sens pas entendu» mais sans dévaloriser les parents avec des interventions telles: «Tes parents ne sont pas adéquats et ils ne t'écoutent pas, je trouve qu'ils devraient faire un effort».

Le système des loyautés est tellement puissant qu'il est à l'œuvre même quand l'enfant subit de graves violences et abus. Dans ces cas extrêmes, il incombe au professionnel de condamner clairement les faits (et pas la personne) et de se référer aux lois cantonales et fédérales pour faire un signalement. Pour toutes ces situations, il est essentiel que le professionnel se fasse conseiller et soutenir par des instances supérieures (direction, médecin cantonal, etc.).

4.4 DEUX EXEMPLES D'INTERVENTION

LA THÉRAPIE SCINDÉE

«Un thérapeute (T1) prend la responsabilité du travail avec les familles et de la conduite des entretiens, un cothérapeute (T2) se centre plus sur le patient-désigné et se présente comme le représentant de l'institution. Ces cothérapeutes restent les mêmes pendant toute la durée de la prise en charge et les entretiens sont annulés si l'un des deux est absent. (...)» (Ausloos, 1985).

A Neuchâtel, l'équipe du Drop-In a choisi d'adapter le modèle de la thérapie scindée proposée par G. Ausloos (1985). Pendant la phase d'évaluation «cannado», le jeune a l'occasion de développer une alliance avec le professionnel qui le reçoit. Afin de préserver cette alliance, ce dernier deviendra le thérapeute individuel de l'adolescent (T2). Dans les entretiens de famille, il endosse alors le rôle du co-thérapeute qui peut se faire son porte-parole lorsque l'adolescent souhaite aborder des sujets difficiles à dire. Et, dans le cadre des entretiens individuels, le thérapeute a la possibilité de reprendre les éléments discutés en famille sans avoir à confronter le jeune devant le reste du groupe. L'alliance thérapeutique s'en verra d'autant renforcée. Le thérapeute de famille (T1) est quant à lui le garant du cadre et offre une position neutre envers chacun des participants. Si les parents ont des questions ou souhaitent avoir des informations sur le suivi, ils contactent le thérapeute de famille, ceci permet de préserver la relation entre le jeune et «son thérapeute».

A Genève, la Fondation Phénix a choisi d'utiliser la Thérapie Familiale Multidimensionnelle (MDFT) développée par le Center for Treatment Research on Adolescence Drug Abuse (CTRADA) de la Faculté de Médecine de l'Université de Miami (Phan, Bonnaire, Bastard & Jouanne, 2008). Celle-ci se centre sur les facteurs de risque et les facteurs de protection. Leur examen se fera sur 4 axes différents: l'adolescent, ses parents, les relations familiales et le milieu extrafamilial. A la suite de quoi, le choix des objectifs de traitement définit le type d'entretien.

Lorsqu'un professionnel travaille seul avec un adolescent et sa famille, la notion de partialité pluridirectionnelle est importante. Boszormenyi-Nagy (1973) définit ainsi la capacité d'un intervenant à adopter la position de chacun des membres

d'une famille: «Ceci implique qu'il (l'intervenant ou le thérapeute) procure à chacun le sentiment d'être quelqu'un d'important, qui compte, et dont il essaye de comprendre les désirs, tout en faisant comprendre qu'il cherche à soutenir tout le monde dans la famille.».

Exemple de thérapie scindée

Julia est une jeune fille de 16 ans qui fume de manière abusive du cannabis, elle est en échec scolaire et se plaint de la sévérité extrême de sa mère. Elle ne supporte plus son emprise et pense que cette dernière ne l'aime pas. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants (un garçon et deux filles). Son père est décrit comme «super cool». Très vite, Julia a confiance en son thérapeute (T2), au point qu'elle désire qu'il annonce lui-même à ses parents qu'elle consomme du cannabis (ce qu'ils ignoraient!). Afin de les rassurer, des entretiens de famille sont fixés, ce qui semble leur convenir. La mère confie avec émotion qu'il est très difficile pour elle de voir grandir sa fille. Elle aimerait que Julia vienne s'asseoir sur ses genoux pour la câliner (comme quand elle était petite). Elle souffre aussi des nombreux conflits qu'elle a avec sa fille.

Cet entretien restera comme le moment clé du suivi de Julia. Tout d'abord, le thérapeute de famille (T1) peut rappeler l'ambivalence des adolescents, oscillants entre dépendance et indépendance. Ensuite, il propose à la mère de déléguer à son mari la mission de fixer et faire respecter les horaires de sorties. En contrepartie, elle se tiendra un peu plus en retrait. Les parents acceptent cette proposition.

Lors des rendez-vous individuels suivants, le thérapeute de Julia (T2) lui demande si elle a remarqué les larmes et l'émotion de sa mère lorsqu'elle évoquait la transformation de leur relation. Grâce à l'impact émotionnel, Julia réalise alors que sa mère l'aime profondément malgré les conflits. Au fil des semaines, le père fait respecter les limites, ce qui n'est pas pour déplaire à cette adolescente. De plus, les disputes avec sa maman diminuent de manière significative. En parallèle, le cadre éducatif des parents s'assouplit progressivement.

Pour conclure, nous pouvons déduire que la place prise par le père dans son rôle éducatif a permis à la mère d'assouplir ses exigences tout en la protégeant des fréquentes disputes avec sa fille. Grâce au fort échange émotif vécu lors d'une séance, Julia a été convaincue par la sincérité des sentiments de sa mère à son égard. La maman a peu à peu modifié son regard sur sa fille, l'a laissée «grandir» et cette dernière a pu poursuivre son évolution normalement.

THÉRAPIE FAMILIALE MULTIDIMENSIONNELLE : TRAVAIL SUR 4 AXES

Le thérapeute devra :

- travailler avec l'adolescent sur ses consommations et son mode de communication aux autres ;
- aider les parents dans leurs pratiques parentales ;
- modeler les relations entre les parents et leur adolescent pour que celles-ci soient le plus bénéfiques possible ;
- mobiliser l'entourage scolaire et extrascolaire autour de l'adolescent.

(Phan & al., 2008 ; Phan & Bastard, 2012).

4.5 FAUT-IL TOUJOURS TRAVAILLER AVEC LA FAMILLE ?

Il y a des situations dans lesquelles il paraît difficilement envisageable ou impossible de rencontrer les parents du jeune: maladie, graves troubles sociaux, refus catégorique du jeune. Il reste toutefois important de ne pas renoncer trop vite et d'explorer les raisons du refus ou des impossibilités.Considérant la consommation problématique comme une tentative d'adaptation ou de protection contre le monde externe, **travailler sur l'entourage familial** et/ou le tissu social du jeune est important. Toutefois, ceci **peut être abordé en entretiens individuels**. Il faut distinguer ici intervenir «avec» la famille et intervenir «sur» la famille.

POUR ALLER PLUS LOIN

Couteron, J.-P., Lascaux, M. & Phan, O. (2014). *Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique*. Paris: Fédération Addiction.

4.6 BIBLIOGRAPHIE

Ausloos, G. (1985). *Vers un fonctionnement systémique de l'institution.* Thérapie familiale, 6(3), p. 235-242.

Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1973). *Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy.* New York: Harper et Row.

Cattin, M. (2011). *Adolescence et addiction.* Thérapie familiale, 32(1), p. 59-73.

De Saint-Georges, M.-Ch. (2004). *L'éveil de l'artiste chez le thérapeute. Le modèle de formation à la thérapie familiale d'Edith Tilmans-Ostyn.* Bruxelles: Ed. De Boeck.

Descoeudres, C. (2009). *Adolescents et consommation de cannabis: quel type de prise en charge?* Mémoire de fin de formation, CERFASY, Neuchâtel.

Labaki, C. & Duc Marwood, A. (2012). *Langages métaphoriques dans la rencontre en formation et en thérapie. Sur les traces d'Edith Tilmans-Ostyn.* Ramonville Saint-Agne: Erès.

Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1981). *Family Therapy Techniques.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Phan, O. & Bastard, N. (2012). *Thérapie familiale et jeux vidéo.* Psychotropes, 18(3-4), 99-107.

Phan, O., Bonnaire, C., Bastard, N., Jouanne, C. (2008). *Le projet INCANT.* Psychotropes, 14(3-4): 137-156.

Wittezaele, J.-J. & Garia, T. (1995) *L'approche clinique de Palo Alto. In M. Elkaïm (dir.).* Panorama des thérapies familiales. (1re éd., p. 186-230). Paris: Seuil.


« Est-ce que mes parents
m'aiment encore? »

L'AIDE THÉRAPEUTIQUE SOUS CONTRAINTE

5.1 POURQUOI TRAVAILLER SOUS CONTRAINTE ?

L'expérience a montré que les jeunes qui font une démarche spontanée de demande d'aide pour des problèmes de consommation de psychotropes sont très rares. Dans l'immense majorité des cas, la demande émane des parents, de l'école ou de la justice. Devant ce constat, le fait d'accepter de travailler avec des adolescents n'ayant pas librement choisi de venir consulter s'impose si on veut avoir accès à cette population, mais nécessite toujours une réflexion éthique solide. Toutefois, des recherches (Nielsen, Beytrison & Croquette Krokar, 2011) ont montré que le caractère contraint ou non d'un traitement est sans «influence sur l'issue de celui-ci en termes d'efficacité».

Le jeune qui doit consulter contre son gré peut être soumis à différents types de contrainte: les parents, l'école ou la justice qui «suggèrent vivement» ou imposent le traitement, peuvent exercer toutes sortes de pressions ou de menaces pour «contraindre» l'adolescent à se présenter. S'amorce dès lors un processus communicationnel complexe qu'il importe d'expliciter.

Dans les années 50, l'anthropologue Gregory Bateson réunit une équipe pour étudier les communications entre les patients schizophrènes et leur famille. Ces travaux ont conduit à l'élaboration de la théorie de la double contrainte. Pour illustrer le propos, nous reprenons ici l'exemple utilisé par Watzlawick, Beavin et Jackson (1972): «Sois spontané!». Le récepteur de ce message peut soit se soumettre à l'injonction, mais s'il le fait, il ne le fera donc pas spontanément, soit, il peut «spontanément» choisir de ne pas s'y soumettre (avec les risques que cela comporte). Ce genre d'injonction conduit à une impasse car il n'existe pas de bonne façon d'y répondre.

Guy Hardy et al. (2001), dans leur ouvrage «S'il te plaît ne m'aide pas!», démontrent que **la double contrainte se produit notamment dans le cas des thérapies sous mandat judiciaire**. Lorsqu'une mesure thérapeutique est ordonnée et que la personne s'y soumet, le fait-elle spontanément ou parce qu'elle y est obligée? Cette question à laquelle il lui est impossible de répondre est pourtant importante puisqu'un changement ne peut se faire que s'il est réellement désiré par la personne concernée. Ainsi donc les conditions de la thérapie impliquent que le patient ou le client admette le problème. Or si le jeune se trouve encore, comme souvent, dans la «phase de lune de miel», il ne sera pas en mesure de reconnaître sa consommation comme problématique.

CADRE LÉGAL : LOI FÉDÉRALE RÉGISSANT LA CONDITION PÉNALE DES MINEURS (2003)

Art. 14 - Traitement ambulatoire

[1] Si le mineur souffre de troubles psychiques, de troubles du développement de sa personnalité, de toxicodépendance ou d'une autre addiction, l'autorité de jugement peut ordonner un traitement ambulatoire.

[2] Le traitement ambulatoire peut être cumulé avec la surveillance (art. 12), l'assistance personnelle (art. 13) ou le placement dans un établissement d'éducation (art. 15, al. 1).»

Réussir à travailler dans ce contexte impose un changement de niveau, une «méta-communication» sur le mandat donné par le contraignant.

5.2 QUI PEUT INTERVENIR SOUS CONTRAINTE ?

Ainsi que nous l'avons mentionné, la contrainte, dans le cadre d'une demande d'aide, ne provient pas forcément d'une instance judiciaire telle que le tribunal des mineurs. L'école qui demande à un élève et à ses parents d'aller consulter le psychologue scolaire ou un service externe, par exemple sous menace d'expulsion s'ils ne le font pas, impose une contrainte importante. Un adolescent qui dit ne pas avoir de problème de surconsommation et qui est persuadé de pouvoir arrêter du jour au lendemain, mais qui se présente chez vous parce que ses parents l'y ont obligé, ne vient pas volontairement. Il s'agit donc aussi d'une demande d'aide contrainte.

On comprend alors que **chaque professionnel de la santé ou du social peut être amené à travailler avec une injonction externe**, même si son service ne prend pas de mandats issus de la justice. Nous allons voir que, moyennant quelques précautions, la contrainte ne devrait pas être une contre-indication pour accepter la prise en charge d'un jeune.

5.3 COMMENT INTERVENIR SOUS CONTRAINTE ?

Le professionnel de la relation d'aide a généralement appris à observer une situation et intervenir dans sa position externe d'expert. Mais depuis la deuxième cybernétique on considère que le thérapeute fait partie du système qu'il traite. Dans le cas d'une relation d'aide contrainte, le système inclut les mandants (parents, école ou justice), le jeune et les mandatés (intervenants, thérapeutes). Nous faisons donc entièrement partie du nouveau jeu relationnel qui se met en place. Hardy et al. (2001) nomment cela le «système d'intervention».

Dès lors, la nouvelle question que l'on peut se poser est: «Comment je vais m'utiliser moi-même pour induire un changement relationnel au sein de ce système?»

La prémisse à la collaboration est que le cadre et les rôles de chacun soient établis très clairement et respectés. L'intervenant, le thérapeute n'a pas à se faire coincer dans une situation contradictoire. Il ne va pas prendre position pour ou contre les décisions prises par le mandant (le juge, l'école, le patron, les parents, etc.). En contrepartie, le juge ne peut imposer au thérapeute les outils qu'il devra utiliser, ni exiger un droit de regard sur le contenu de la thérapie. En d'autres termes, **accepter de participer au jeu relationnel (intervenir) n'implique pas de prendre position pour ou contre les raisons qui ont motivé le mandant.** Cela dégage l'intervenant des tentatives de prises à partie que pourront faire l'adolescent «C'est n'importe quoi, je n'ai pas de problème», les parents «C'est intolérable, c'est la porte ouverte à la déchéance» ou le juge «C'est illégal». A l'inverse, cela demande la vigilance de ne jamais accepter de devenir «l'avocat» du jeune ou de sa famille devant le mandant.

L'intervenant veillera à **établir des objectifs clairs et connus de tous** qui puissent être le point

de convergence sur lequel tous les partenaires pourront s'entendre pour construire une collaboration efficace.

De cette façon, l'intervenant va pouvoir faire alliance avec le jeune afin de voir ensemble comment ce dernier peut répondre aux demandes des parents, de l'école ou du juge.

Dans ce contexte, la question de la transmission de l'information est particulièrement sensible. **La construction d'une relation de confiance implique aussi que le jeune sache exactement quelle information sera transmise à son sujet.** La modalité, la fréquence et le type de contenu des discussions ou des rapports doivent également être discutés avec tous les partenaires. Cette précaution évitera notamment que le jeune assimile l'intervenant au bras exécutif du mandant ou qu'il puisse se sentir trahi.

Hardy et al. (2001) ont développé la trame d'intervention suivante:

- Rendre le rapport de pouvoir explicite;
- Cibler la/les personne(s) qui doit (doivent) être satisfaite(s);
- Préciser l'enjeu pour permettre au jeune de se positionner face à la contrainte;
- Spécifier les attentes de l'autorité en termes positifs (préciser le comportement attendu et non celui qu'on ne souhaite plus voir);
- Elaborer le projet permettant de répondre à ces attentes.

Cette approche permet de mettre l'adolescent en situation de surconsommation devant ses droits et ses devoirs. On vise donc à le responsabiliser et à le rendre compétent pour traiter lui-même ses problèmes. En terme de promotion de la santé, le jeune aura ainsi des outils dont il pourra se servir s'il est à nouveau confronté à des difficultés, ne le laissant pas dans une relation de dépendance avec un thérapeute «expert».

La deuxième cybernétique est une expression compliquée pour exprimer une constatation simple, à savoir que le thérapeute ne se positionne pas comme observateur neutre, mais fait bel et bien partie du système. Cette implication lui donne la responsabilité d'augmenter les possibilités de solutions à disposition de la famille.
Plus finement encore, Maturana explicite que: «Tout ce qui se passe en thérapie se passe dans les changements physiologiques (changements dans le corps) qui surviennent à la fois chez le thérapeute et chez le client quand s'entremêlent en eux langage et émotions au cours de leurs conversations répétées.»
(Maturana, 1999, p.186).

Quatre thématiques sont récurrentes dans **l'orientation des objectifs** (Nielsen et al., 2011):

- Les consommations de substances psychoactives;
- Les actes délictueux et la récidive;
- L'atmosphère et l'entente familiale;
- L'insertion socio-professionnelle du jeune.

Cette **trame d'intervention** peut se traduire par les exemples de questions suivants, dans l'intervention avec le jeune (Hardy et al., 2001, p. 118) :

1) Qui vous envoie ?
2) Qu'arriverait-il si vous n'étiez pas venu ?
   - En quoi est-ce un problème pour vous ?
   - Que pourrions-nous mettre en place pour le savoir ?
3) Qu'est-ce que ce tiers attend ?
   - Si nous faisions comme si nous savions ce qu'il attend, qu'est-ce que vous diriez ?
   - Ne connaissez-vous pas quelqu'un qui a déjà eu affaire à lui ?
   - Ne pourrait-il pas vous renseigner ?
   - Que pourrions-nous mettre en place pour le savoir ?
4) Comment saura-t-il que vous répondez à ses attentes ?
5) Concrètement qu'allez-vous mettre en place pour satisfaire ses attentes ?
   - Sur qui pouvez-vous compter pour vous épauler ?
   - Quand, où, avec qui ?
   - Quelle conséquence aura sur votre vie de famille, vos loisirs, etc. le fait de mettre cette démarche en route ?

Exemple d'accompagnement sous contrainte

A 17 ans, Yann est condamné par le tribunal des mineurs à un nombre conséquent de jours de travaux d'intérêt général et à un suivi thérapeutique pour infraction à la Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup). La protection des mineurs est sollicitée avec un mandat de surveillance.

Deux ans auparavant, Yann avait déjà été amené par ses parents, inquiets de sa consommation de cannabis quasi quotidienne, du temps passé à jouer en ligne durant la nuit et de son absentéisme scolaire (bon élève, 11e voie prégymnasiale). En raison d'événements familiaux, ils craignaient un suicide mais également le développement d'une dépendance.

Yann percevait sa consommation comme non dommageable et, après quelques entretiens, il n'était plus venu. Il s'était opposé ensuite à tout type de prise en charge (un signalement au Service de protection de la jeunesse, une intervention de l'équipe de psychiatrie mobile sollicitée par le réseau et les parents resteront sans effet).

Restés en contact avec les parents, nous apprendrons qu'il a malgré tout obtenu son certificat en voie générale.

Il revient donc à 17 ans sous contrainte judiciaire et vu le contexte, nous l'accompagnons en fonction de ses objectifs qui sont de trouver une place de stage ou d'apprentissage. La consommation est évoquée régulièrement mais pas exclusivement. Les travaux d'intérêt général vont lui permettre de «sortir» de chez lui, de se remettre en lien avec le monde extérieur et de faire une expérience positive dans une activité professionnelle où il a pu développer des compétences.

Dans le cadre du suivi thérapeutique de 8 mois, nous l'accompagnons dans une démarche d'insertion professionnelle qui lui donne accès à une formation pré-professionnelle. En parallèle, il décide de stopper sa consommation «sur un coup de tête» comme il dit.

On peut faire l'hypothèse que la contrainte a fixé un cadre dans lequel il a dû évoluer bon gré mal gré. Ces expériences valorisantes lui ont permis de regagner de la confiance en lui et une prise d'autonomie. Quant à l'arrêt «sur un coup de tête», c'est probablement une manière de s'approprier sa décision ou de signifier ainsi que sa consommation à ce stade n'était plus nécessaire. Ceci dit, on peut également imaginer qu'une contrainte posée plus tôt pour un travail avec lui et avec sa famille aurait pu peut-être débloquer la situation plus efficacement.

5.4 EXISTE-T-IL DES SITUATIONS OÙ LA CONTRAINTE EST INAPPLICABLE ?

Lorsqu'il se révèle impossible de trouver une entente sur une finalité commune, le mandat d'aide sous contrainte se révèlera difficile voire impossible à mener efficacement. Dans ce cas, le thérapeute doit l'expliciter et rediscuter les objectifs avec le mandant.

POUR ALLER PLUS LOIN

Hardy, G., Bellens, M., Defays, C., De Hesselle, C., Gerrekens, H. & Muller, F. (2001). *S'il te plaît, ne m'aide pas! L'aide sous injonction administrative ou judiciaire.* Ramonville Saint-Agne, France: Erès.

5.5 BIBLIOGRAPHIE

Bateson, G., (1972). *Vers une écologie de l'esprit.* Paris: Ed. du Seuil.

Confédération suisse. (2003). *Loi fédérale régissant la condition pénale des mineurs: droit pénal des mineurs, DPMin.* Repéré à http://www.admin.ch/ch/f/rs/311_1/

Confédération suisse. (2013). *Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup).* Repéré à http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19981989/201304040000/812.121.pdf

Hardy, G., Bellens, M., Defays, C., De Hesselle, C., Gerrekens, H. & Muller, F. (2001). *S'il te plaît, ne m'aide pas! L'aide sous injonction administrative ou judiciaire.* Ramonville Saint-Agne, France: Erès.

Maturana, H. R. (1999). *Observer l'observation. In M. Elkaïm (dir.), La thérapie familiale en changement* (p. 181-189). Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.

Nielsen, P., Beytrison, P. & Croquette Krokar, M. (2011). *Les thérapies ordonnées par la justice pour les adolescents surconsommateurs de substances psychoactives: réflexions et expériences dans un débat d'actualité.* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 46, 85-95.

Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1972). *Une logique de la communication.* Paris: Seuil.


« Je discute régulièrement
de ma consommation
avec mon thérapeute. »

LE TRAVAIL SANS EXCLUSION

6.1 POURQUOI TRAVAILLER SANS EXCLUSION ?

La notion d'exclusion contient deux paradoxes:

- Comment un adolescent en difficulté peut-il demander de l'aide à ces adultes de qui il doit se démarquer, s'autonomiser?

- Comment prendre en compte, traiter un symptôme, une manifestation que l'on interdit?

En rangeant un problème au rang des interdits, il ne sera plus possible d'en parler librement et sans craintes de conséquences. L'intervenant s'enlève alors des outils puisqu'il doit régler un problème sur lequel il n'est pas possible de travailler. Exclure un jeune pour le motif pour lequel il a consulté questionne la cohérence de l'institution.

L'exclusion intervient lorsque l'institution se sent menacée ou que les autres personnes qu'elle est censée protéger le sont. Menaces physiques (violences, atteintes à l'intégrité) ou psychiques (limite de ses capacités, sentiment d'incompétence, mise en échec des stratégies d'intervention, épuisement des intervenants). Elle est régulièrement utilisée dans diverses institutions: écoles, lieux de soins, milieux éducatifs, etc.

L'exclusion intervient souvent en cascade: les jeunes exclus l'ont été plusieurs fois dans leur parcours. Le risque est qu'ils se structurent sur ce mode de fonctionnement si la réponse est systématiquement l'exclusion: «Je provoque l'exclusion car elle a ça de rassurant que c'est la seule chose que je connais bien». Dans ce genre de situation, un modèle d'attachement insécure se développe ou se renforce et les consommations de psychotropes peuvent être alors des réponses possibles de réassurance. Perpétuer l'exclusion revient à renforcer ces comportements. Elle empêche la reconstruction d'un lien qui puisse donner une possibilité au jeune de se sentir accepté, seule base pour pouvoir entamer un processus de changement.

Il est illusoire d'attendre d'un jeune qu'il vienne nous consulter si en plus nous lui disons que son symptôme et ses difficultés sont interdits (par exemple: «Tu seras renvoyé si tu consommes un produit»).

Il est donc essentiel qu'il existe des institutions dotées d'un cadre qui permette la clause de «non-renvoi». Il faut pouvoir offrir ce contexte de sécurité nécessaire pour que le jeune exclu puisse librement tester le lien, le vivre de façon positive et progressivement reconstruire la confiance. Ce lien va permettre le développement des émotions sociales, donnant une chance à l'adolescent de prendre le contrôle de ses comportements violents et de ses consommations. De plus, vivre l'expérience de la non-exclusion offre aux jeunes un modèle d'attachement qu'ils pourront réutiliser lorsqu'ils seront à leur tour parents.

6.2 COMMENT TRAVAILLER SANS EXCLUSION ?

«L'absence de renvoi n'est pas l'absence de sanction» (Coenen, 2001). **Le renvoi est une forme de chantage qui n'a jamais de valeur éducative.**

Nous savons qu'exiger l'abstinence immédiate n'est pas forcément une priorité et peut être physiologiquement et psychologiquement trop difficile à gérer. Accepter la consommation de l'adolescent ne signifie pas pour autant la cautionner. **Les conséquences cohérentes et constructives doivent être énoncées clairement dès le départ.** Travailler sans exclusion est donc parfaitement compatible avec le maintien d'un cadre très clair et ferme.

Ce travail se construisant sur un lien de qualité, cela implique que le jeune ait un interlocuteur référent qui soit fiable et si possible unique. Ce travail implique que l'intervenant éducateur, psychologue ou médecin puisse avoir les ressources de faire un travail sur lui-même et sur ses propres représentations afin de permettre une authenticité dans l'accompagnement et dans la relation. Ceci permet de faire la distinction entre ce qui lui appartient et ce qui appartient à son interlocuteur. Il s'agit ainsi d'être attentif aux résonnances de sa propre histoire, d'identifier ses propres besoins et ceux de la personne dont on s'occupe, de respecter au mieux le contexte de vie et familial duquel elle vient.

Pour tenter de répondre au mieux à ces exigences, R. Coenen et l'équipe du Tamaris à Bruxelles ont mis au point les bases de la «pédagogie non punitive», expérience contée dans le livre «Eduquer sans punir». On retiendra par exemple des entretiens de suivis réguliers et fréquents, des entretiens exceptionnels pour discuter des infractions aux règles avec l'élaboration d'un geste de réparation symbolique (écrire une réflexion qui sera reprise en entretien) ou réelle (réparer ou remplacer un objet cassé, discuter avec la victime et s'excuser).

«L'approche triangulaire» impliquant trois personnes: l'éducateur référent, l'intervenant familial et le directeur permet une implication à la fois pour le jeune et pour sa famille tout en maintenant le cadre institutionnel. Enfin, la règle du non-renvoi impose à tous les protagonistes du système d'intervention de devoir toujours résoudre et dépasser les conflits et renégocier la relation. En d'autres termes, c'est un message solidaire qui est envoyé aux parents: **«[…] nous irons avec vous jusqu'au bout, quoi que vous traversiez avec votre enfant.».**

QUELQUES PRINCIPES DE BASE

- Adopter une attitude non jugeante.
- Travailler avec les compétences et les ressources.
- Respecter la loyauté à la famille.
- Accorder son message et ses actes.

Exemple d'accompagnement sans exclusion

Désiré est arrivé d'Afrique seul à 12 ans par le biais d'un regroupement familial. Il a été élevé par sa grand-mère dans un contexte de guerre. Quand il arrive en Suisse, rapidement sa mère ne le supporte plus à domicile. Il est placé dans un premier foyer où ses comportements font peur. De plus, illettré, il ne peut suivre un cursus scolaire normal. Il est alors placé dans un autre foyer. Il a un comportement violent verbalement, parfois menaçant physiquement pour les plus petits. Il fume des joints, fugue régulièrement. Progressivement, son intervenant, malgré le comportement insultant et blessant de Désiré, arrive à éprouver de l'empathie et à tisser des liens de confiance avec ce jeune homme déboussolé et blessé dont il soupçonne qu'il ait eu des activités d'enfant-soldat. Suite à des délits, le directeur doit l'envoyer quelques fois en centre

fermé mais le reprend ensuite dans l'institution. La consommation de joints, comprise comme une (mauvaise) solution aux difficultés du jeune homme, est régulièrement discutée sans pour autant être mise au centre de la problématique.

Beaucoup d'incertitudes entourent ce suivi encore non achevé. Dans un tel contexte, sera-t-il possible de construire un cadre suffisamment soutenant avec la famille? On ne peut que postuler que s'il arrive à passer un temps suffisant dans l'institution pour créer une base de stabilité et faire l'expérience de la non-exclusion, il pourra faire quelque chose de son histoire dramatique et vivre dignement.

POUR ALLER PLUS LOIN

Coenen, R., Gaillard, J-P., Frieh-Bungert, F., Hardy, G. & all. (2010), *Les symptômes interdits.* Manifeste pour le changement. Accessibles à http://www.roland-coenen.com

6.3 PEUT-ON TRAVAILLER AVEC L'EXCLUSION ?

Tous les systèmes, toutes les institutions, toutes les familles ont des limites. Ces limites peuvent entrainer l'exclusion. Il est important, dans ces situations extrêmes, de pouvoir proposer une alternative qui soit non excluante afin de ne pas entrer dans un mécanisme de répétition. Ce système alternatif ayant aussi des limites, il devrait pouvoir se doter d'un processus de mise à pied, donc une exclusion temporaire, pour protéger le groupe et signifier le dépassement de la limite.

6.4 BIBLIOGRAPHIE

Coenen, R. (2001). *L'exclusion est une maltraitance: clinique des adolescents difficiles.* Thérapie familiale, 22(2), p. 133-151.

Coenen, R. (2004). *Eduquer sans punir: une anthropologie de l'adolescence à risques.* Toulouse: Erès.


« Mon thérapeute m'aide
à reprendre confiance en moi. »

12 IDÉES POUR INTERVENANTS
EN RISQUE D'ESSOUFFLEMENT

1. SE FIXER DES OBJECTIFS RÉALISTES
PERMET DE RÉDUIRE LE SENTIMENT D'IMPUISSANCE.

2. AU-DELÀ DES PROBLÈMES, IL Y A TOUJOURS DES RESSOURCES,
DES COMPÉTENCES, UN POTENTIEL DE CHANGEMENT.

3. NE PAS RESTER FOCALISÉ
SUR LES PROBLÈMES DE CONSOMMATION,
TOUJOURS PRENDRE EN COMPTE LA GLOBALITÉ DE LA PERSONNE.

4. UNE PERSONNE N'EST JAMAIS SEULE AU MONDE
AVEC SA PROBLÉMATIQUE : ELLE EXISTE DANS UN CONTEXTE
QUI A DES RESSOURCES EXTÉRIEURES AVEC LESQUELLES
IL EST IMPORTANT DE TRAVAILLER.

5. AU COURS DE L'ADOLESCENCE,
LE CADRE ET LES LIMITES SONT ÉVOLUTIVES ET SE NÉGOCIENT.

6. TRAVAILLER AVEC UNE PERSONNE VOLONTAIRE C'EST L'IDÉAL,
TRAVAILLER SUR MANDAT EST PARFOIS NÉCESSAIRE.

7. AU CENTRE DE NOTRE TRAVAIL, IL Y A LE LIEN ET LES ÉMOTIONS.

8. A TROP VISER L'ABSTINENCE,
ON RISQUE DE SE PERDRE EN CHEMIN.

9. ATTENTION AUX DIAGNOSTICS QUI IMMOBILISENT :
LES PATHOLOGIES SONT RAREMENT FIXÉES À L'ADOLESCENCE.

10. PRENDRE DES RISQUES, C'EST SE CONFRONTER À LA RÉALITÉ
ET À SES LIMITES, C'EST GRANDIR.

11. LES PREMIÈRES RESSOURCES DES ENFANTS ET ADOLESCENTS
RESTENT LEURS PARENTS, MÊME EN CAS DE CONFLIT MAJEUR.

12. POUR TRAVAILLER AVEC LES ADOLESCENTS, IL FAUT LES AIMER.

LES AUTEURS

Auteurs:

Kathia Bornand (DÉPART); Michel Cattin (Drop-In, CERFASY); Patrice Charpentier (Le Repuis); Corinne Cipolla (Addiction Valais); Clément Descoeudres (Drop-In); Sarah Duflon (Ginko, Service jeunesse ville de Vevey); Mery Favre (Le Repuis); Liliane Galley (REPER); Isabelle Girod (GREA); Thierry Humair (La Balise-CPTT); Romaine Jacquier (Le Repuis); Christophe Jaggi (conseiller socio-éducatif Val-de-Ruz); Philippe Nielsen (Phénix); Isabelle Philippe (CERFASY); Frédéric Richter (GREA); Sarah Urfer (FVA); Pascal Weinguni (GREA); Matthieu Weissbrodt (Fondation Contact Tavannes); Déborah Wisler (CAP, Le Levant).

Relecture scientifique:

M. Pierre-Yves Aubert, directeur de la promotion de la santé et de la prévention, Office de l'enfance et de la jeunesse, DIP Genève.

M. Roland Coenen, éducateur, psychothérapeute et chercheur en sciences humaines.

M. Olivier Duperrex, responsable de l'unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire, Vaud.

Dr Jean-Paul Gaillard, thérapeute de famille et du couple, psychanalyste, maître de conférences hdr en psychologie pathologique, laboratoire LLS, Université de Savoie.

Dr Pierre-André Michaud, médecin chef, unité multidisciplinaire de santé des adolescents, CHUV.

Dr Philippe Stephan, pédopsychiatre, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent SUPEA, Département de psychiatrie du CHUV. Responsable médical du programme cantonal vaudois DEPART. Maître d'enseignement et de recherche, Privat-docent, UNIL.

Dr Joan-Carles Suris, MD, MPH, PhD, chef d'unité, groupe de recherche sur la santé des adolescents (GRSA), institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).

Pour citer cette publication:

Plateforme Adolescents GREA, (2014). *Adolescences aux risques de l'addiction. Manuel de réflexion et d'action à l'usage des professionnels.* Lausanne: GREA.

IMPRESSUM

Editeur: Groupement Romand d'Etudes
des Addictions (GREA)

Auteur: Plateforme Adolescents du GREA

Graphisme: SDJ.DESIGN, Sabine de Jonckheere

Photographies: Yves Leresche

Imprimeur: Cornaz SA, Yverdon-les-Bains

Tirage: 1'000 exemplaires
Janvier 2015

POUR PLUS D'INFORMATIONS

GREA
Groupement Romand d'Etudes des Addictions
Rue Saint-Pierre 3
CP 6319, 1002 Lausanne

Tél. +41 24 426 34 34
info@grea.ch, www.grea.ch

POUR COMMANDER LA BROCHURE

www.intervention-precoce.ch
www.grea.ch

Avec le soutien du Fonds d'impulsion et de développement
de l'Office Fédéral de la Santé Publique

info
coordination intervention suisse
drog

GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS