

Adolescence et addiction

Carole CATRY, Daniel MARCELLI et Yves GERVAIS

Faire une expérience, chercher à connaître et à comprendre est à l'adolescence une attitude non seulement normale mais de notre point de vue saine et nécessaire ; c'est dans toutes les enquêtes le premier motif donné par les jeunes pour rendre compte d'un début de consommation. De plus, les produits consommés ont souvent un *effet agréable*, du moins au début de la consommation : effet euphorisant (alcool), effet stimulant (tabac), effet « planant » (haschich), etc., les effets négatifs ou délétères n'apparaissant que beaucoup plus tard.

Distinguer les produits licites (tabac, alcool) des produits illicites (haschich, ecstasy, etc.) ou détournés de leur usage (psychotropes) est artificiel et ne correspond pas à la réalité clinique de l'adolescence ; en outre, les produits qui induisent la plus forte dépendance ne sont pas nécessairement illicites.

La consommation de produits n'est pas un chemin rectiligne et uniforme conduisant à la toxicomanie ; il est abusif, voire dangereux, sauf en de rares exceptions, de parler de « toxicomanie » et plus encore de désigner un jeune comme « toxicomane » dès l'adolescence.

La consommation simultanée (cumul) de plusieurs produits et la recherche systématique d'excès (« se défonce ») définissent assez bien le début d'un comportement « dépendant » d'allure toxicomaniaque chez un jeune. Enfin, il est vrai que l'immense majorité des toxicomanes avérés ont commencé leur consommation à l'adolescence. C'est à cet âge que se mettent en place les habitudes de consommation du futur adulte et que la question de la « dépendance » se pose au sujet : la problématique de la dépendance est au centre de l'adolescence.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

TABAC

Plus d'un quart à un tiers des adolescents fument [12]. Les occasions les plus propices pour fumer sont les rencontres avec les pairs.

Notons que la composante dépressive n'est pas à sous-estimer, car 53 p. 100 des adolescents disent fumer lors de moments de solitude et 60 p. 100 lorsqu'ils ont le cafard.

ALCOOL

C'est en général le produit qui est consommé en premier [1]. Six pour cent des garçons et 5 p. 100 des filles de 12-14 ans déclarent consommer de l'alcool une ou plusieurs fois par semaine. Ces habitudes se développent ensuite progressivement avec l'âge, avec une augmentation de la fréquence et des quantités consommées, et l'écart s'accroît entre les garçons et les filles. Ainsi, parmi les 15-17 ans, un tiers des garçons et une fille sur six déclarent consommer de l'alcool une ou plusieurs fois par semaine, la consommation se concentrant le week-end. Près de 8 p. 100 des garçons de 15-17 ans déclarent avoir bu plus de cinq verres le samedi précédant l'enquête [12]. L'ivresse est une expérience vécue par plus du quart des adolescents, et la proportion des jeunes ayant connu au moins dix ivresses est de 8 p. 100. Par rapport à l'alcoolisme de l'adulte, cette conduite revêt plus volontiers une forme toxicomaniaque chez l'adolescent. La recherche délibérée de la « défonce », de la rapidité et de l'intensité des effets par des alcools fortement titrés est caractéristique. La « situation dépressive » influe peu sur cette consommation. L'association entre la boisson et les gestes suicidaires semble devenir plus fréquente. L'OMS signale que, parmi les jeunes de 15 à 24 ans, la majorité des accidents de la circulation est associée à un excès d'alcool.

MÉDICAMENTS CONTRE LA NERVOSITÉ ET L'INSOMNIE

Dans l'enquête de Choquet [5], 17 p. 100 des adolescents ont pris des médicaments contre la nervosité, l'angoisse ou pour mieux dormir. Plus l'âge augmente, plus cette consommation est importante, et elle est plutôt féminine.

DROGUES ILLICITES

Le cannabis est le produit principalement consommé. Les autres produits (hallucinogènes, ecstasy, substances à inhaler) sont très peu expérimentés à l'adolescence. Plus de la moitié des jeunes de 12-25 ans se sont déjà vus proposer du cannabis [12]. La relation au sexe semble assez nette, puisque 40 p. 100 des garçons ont expérimenté le cannabis contre 25 p. 100 des filles. Par ailleurs, les expérimentateurs sont eux-mêmes plus souvent fumeurs de tabac et déclarent plus souvent avoir été ivres dans leur vie. Enfin, la consommation de cannabis s'est banalisée en l'espace de dix ans : garçons et filles confondus, la proportion de ceux qui ont pris du cannabis au moins une fois durant la vie est passée de 7 p. 100 en 1993 à 21 p. 100 en 2003 chez les 14-15 ans, et de 26 p. 100 en 1993 à 59 p. 100 en 2003 chez les 18 ans. Il existe de plus en plus de « gros consommateurs » (consommation de cannabis supérieure à 40 fois dans l'année ; 6 p. 100 en 1999, 9 p. 100 en 2003) et aussi de plus en plus de consommateurs réguliers [6].

CUMUL DES PRODUITS

Il faut souligner qu'à partir de 17 ans, la prise de plusieurs produits concerne plus de la moitié des jeunes avec par ordre croissant : l'alcool, le tabac, le haschisch, les tranquillisants et les hypnotiques. Entre 15 et 18 ans, la proportion des adolescents ayant une consommation régulière de plusieurs produits peut aller jusqu'à 27 p. 100.

SYNTHÈSE

- En conclusion de toutes ces données, il faut souligner que
- l'usage régulier d'un produit psychotrope est rare avant 15 ans mais se banalise dès 16-17 ans ;
 - il existe une diminution de l'âge du premier contact avec le produit ou la drogue (dès 11-12 ans) ;
 - la précocité de consommation représente l'un des facteurs de risque les plus significatifs et les plus puissants en terme de prédiction d'une future consommation abusive ou dépendante [3, 9] ; une consommation régulière à l'adolescence doit être considérée comme une consommation à risque, quel que soit le produit utilisé ;
 - la consommation régulière d'un produit va de pair avec d'autres troubles (troubles des conduites, plaintes somatiques et troubles de l'humeur), et cette liaison est quasi linéaire ;
 - il convient de ne pas confondre tous les niveaux de la consommation : la prévention doit essentiellement porter sur la chronicisation des consommations et surtout le cumul.

MODES DE CONSOMMATION ET FACTEURS DE RISQUE

Il s'agit d'essayer de repérer, parmi ces jeunes consommateurs, ceux qui sont à risque d'engagement dans l'addiction (Tableau 12-I).

MODE DE CONSOMMATION.

Dans un souci pédagogique et pour fixer les idées, nous distinguerons la « consommation conviviale », observée en général pendant « les années collège », de la consommation addictive, observée par la suite, elle-même sur le mode de la consommation « autothérapeutique » ou de la consommation « toxicomaniaque ».

Consommation conviviale et récréative

Ici, c'est essentiellement l'effet euphorisant du produit qui est recherché. La consommation se fait en petits groupes de copains, jamais seul, le plus souvent en fin de semaine, pendant les vacances ou les fêtes. Signalons les « rave parties » au cours desquelles la consommation d'ecstasy (ou équivalents) est bien connue. Le cursus scolaire (scolarité standard ou apprentissage) est maintenu, l'adolescent conservant non seulement son activité scolaire mais aussi les autres investissements sportifs, culturels et sociaux. Toutefois, le fléchissement scolaire est habituel. Dans ce type de consommation, on ne retrouve pas nécessairement de facteurs de risque familiaux, et les facteurs de risque individuels sont en général absents.

Consommation autothérapeutique

Là, c'est en réalité l'effet anxiolytique du produit qui est recherché (« être cool, être bien »). Cette consommation, plus régulière, est souvent solitaire, en particulier le soir dans la chambre (ce qui n'empêche pas qu'elle puisse alterner avec des moments de consommation en groupe). Sur le plan de la scolarité, les premiers signes d'un décrochage (redoublements successifs, triplement de classe) ou d'un échec scolaire apparaissent. De même, l'adolescent s'éloigne souvent de ses activités habituelles, pratiquées de façon plus irrégulière. Sa vie sociale est plutôt pauvre avec un isolement relatif. Les facteurs de risque familiaux (voir plus bas) ne sont pas nécessairement présents. En revanche, on retrouve souvent des facteurs de risque individuels actuels ou anciens. Parmi eux, nous signalerons la fréquence des troubles du sommeil (difficultés importantes d'endormissement, cauchemars, etc.), troubles existant au moment de l'adolescence mais retrouvés aussi dans la petite enfance. On observe également des troubles anxieux ou dépressifs.

Tableau 12-I Principales caractéristiques des types de consommation à l'adolescence.

| | Consommation | | |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------|
| | Conviviale | Autothérapeutique | Toxicomaniaque |
| Effet recherché | Euphorisant | Anxiolytique | Anesthésiant |
| Mode social de consommation | En groupe | Solitaire +++ (en groupe) | Solitaire et groupe |
| Scolarité | Cursus scolaire habituel | Décrochage scolaire | Exclusion scolaire |
| Activités sociales | Conservées | Rupture | Marginalisation |
| Facteurs de risque familiaux | Absents | Limitées | Présents |
| Facteurs de risque individuels | Absents | Absents | Présents |
| | | Présents | Présents |

Consommation toxicomaniacque

Dans cette dernière consommation, c'est l'effet *anesthésie-défoncé* qui est recherché. La consommation est à la fois solitaire et en groupe, régulière, quasi quotidienne. L'exclusion de la scolarité et des circuits de socialisation est constante avec des comportements fréquents de rupture (changement incessant d'établissement, d'orientation, échecs répétés aboutissant à l'exclusion). Sur le plan social, l'adolescent n'a de relations qu'avec d'autres jeunes en situation marginale ou de rupture. Il est fréquent et même habituel de retrouver des facteurs de risque familiaux. On retrouve également des facteurs de risque individuels (comme dans les consommations autothérapeutiques), mais ceux-ci sont souvent masqués par la massivité de la consommation toxicomaniacque (il est, par exemple, difficile de retrouver les troubles du sommeil, dans la mesure où le rythme social habituel est totalement perturbé).

EXEMPLE : LA CONSOMMATION DE CANNABIS

Pour bien évaluer le degré de difficulté d'un adolescent fumeur habituel de cannabis, il est indispensable d'évaluer précisément sa consommation dans les mois qui précèdent cette consultation. Entrer dans le détail des consommations et chercher à faire préciser exactement leur nature et leur quantité ne procèdent pas d'une enquête aux allures policières ! Il s'agit de ne pas se satisfaire de la réponse habituelle : « ça dépend ! » mais plutôt de chercher à clarifier ce point et de tenter de poser des pensées, puis des représentations sur des comportements que l'adolescent préfère souvent laisser dans un nuage brumeux, comme pour mieux protéger une partie de lui-même d'une prise de conscience qui pourrait être douloureuse. Ainsi, pour un jeune consommateur, accepter de préciser sa consommation, mieux en prendre conscience représente en quelque sorte la préfiguration du travail psychothérapeutique possible.

Il faut en moyenne un quart de gramme pour confectionner un pétard (ou « joint » ou « bedos ») et un huitième de gramme pour réaliser une douille. Pour évaluer la consommation cannabique d'un adolescent, le consultant averti doit se livrer à de savants calculs.

À l'adolescence, on peut classer la consommation cannabique en cinq grandes catégories sur une durée d'évaluation supérieure ou égale à trois mois :

- l'*abstinence* : du fait de la banalisation de la consommation de cannabis, les abstinentes sont de moins en moins nombreux ;
- la *consommation occasionnelle* : elle concerne la très grande majorité des jeunes et représente le modèle de la consommation conviviale (voir plus haut) ;
- la « petite » *consommation régulière* : les quantités consommées sont peu importantes, de 5 à 10 ou 15 g par mois avec parfois des pointes, en particulier le week-end. Le cannabis est utilisé comme moyen de réduire la tension interne, d'apaiser le sujet. Il le dit lui-même : « avec ça je me sens mieux, je suis cool ». Les incidences scolaires et sociales dépendent de la capacité de l'usager à maîtriser cette consommation qui est presque toujours solitaire. La petite consommation régulière peut être révélatrice d'un moment de vie difficile : elle ne dure alors que quelques mois. À l'inverse, elle peut conduire à une entrée progressive dans la catégorie suivante, avec une augmentation régulière des doses et un retentissement social et surtout scolaire rapidement inéluctable ;
- la *consommation autothérapeutique* : dans le cadre d'un usage quotidien, solitaire mais aussi en groupe, l'adolescent consomme entre 20 et 60 g par mois. Les effets recherchés sont ceux d'un anti-dépresseur, d'un anxiolytique ou d'un hypnotique. Apparaissent alors des troubles de la concentration, de la mémorisation, des difficultés

scolaires, un isolement, une perte des repères et de toute motivation hormis le désir de consommer, la peur de ne plus rien maîtriser ;

- la *pharmaco-dépendance (ou toxicomanie)* : la consommation mensuelle est supérieure à 60 g, pouvant atteindre jusqu'à 150, voire 200 g. Il s'agit d'un usage anesthésiant qui masque le plus souvent des troubles graves de la personnalité ou, parfois, une réelle pathologie psychiatrique (schizophrénie, troubles bipolaires graves). Ces jeunes gens sont du ressort des centres de soins spécialisés pour toxicomanes ou d'une hospitalisation en milieu spécialisé.

FACTEURS DE RISQUE

Nous énoncerons brièvement les facteurs de risque devant faire craindre le passage d'une consommation conviviale à un début de consommation addictive. Rétrospectivement, on retrouve régulièrement de tels facteurs chez les sujets inscrits dans une toxicomanie véritable.

Facteurs individuels

Sous l'apparente diversité des situations individuelles, il existe souvent dans les antécédents infantiles deux types de profil. Certains sujets présentent des antécédents témoignant d'une souffrance somatique ou psychique non négligeable : on retrouve en particulier dans la petite enfance des troubles graves et persistants du sommeil, des situations répétées de ruptures relationnelles, des carences affectives évidentes. D'autres sujets semblent avoir bénéficié, au contraire, d'une « enfance comblée ». Charles-Nicolas [4] oppose ainsi « ceux qui ont manqué de tout » et « ceux qui n'ont manqué de rien », posant la question du rapport au manque lors de l'adolescence et du problème de la dépendance.

Facteurs familiaux

Aucun facteur familial pris isolément ne peut être considéré comme un élément de causalité linéaire. Cependant, on retrouve souvent (par ordre de gravité croissante) : des conflits familiaux ou une tension relationnelle majeure, des habitudes de consommation abusive ou excessive chez les parents, des transplantations culturelles multiples, une cécité des membres de la famille envers des comportements chez le jeune qui devraient susciter l'inquiétude ou, à l'inverse, une sollicitation anxieuse exacerbée chez l'un des parents, des antécédents de deuils familiaux non résolus (l'adolescent étant assigné à la place de ce disparu).

Facteurs liés à l'environnement

Tous les facteurs allant dans le sens d'une désorganisation ou d'une perte des repères sociaux habituels ont pu être évoqués. Outre la migration déjà citée, signalons les effets de la misère ou du chômage, la présence envahissante de dealers dans la cité ou le quartier (s'il n'y a pas d'offre sur place, il faut être très malade pour aller en chercher ailleurs). Cependant, tous les processus conduisant à l'exclusion et à la marginalisation du jeune ont un effet favorisant et incitatif sur la consommation addictive de produits. Le plus important, et de loin, est l'exclusion ou la rupture de la scolarité.

On observe très souvent un cumul de ces divers facteurs de risque, cumul qui est par lui-même un risque supplémentaire.

COMORBIDITÉ

À l'adolescence, d'autant plus que le sujet est jeune, la consommation de produits d'allure addictive est rarement isolée. L'appari-

tion d'autres manifestations cliniques traduit souvent le passage à un mode de consommation autothérapeutique ou toxicomaniaque. On observe alors la présence possible de : symptômes de dépression ou de dépressivité et tentatives de suicide, troubles anxieux, troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire, troubles impulsifs et antisociaux (pouvant au maximum réaliser le tableau de la psychopathie), difficultés scolaires, prises de risques et accidents à répétition, sexualité à risque, difficultés relationnelles.

Presque toute la pathologie psychique et comportementale pourrait être ici décrite ! Cela signifie que, pour le jeune, l'engagement dans une consommation addictive témoigne d'un malaise ou d'une souffrance psychique diffuse et d'une tentative de trouver une solution personnelle à cet état, ce qui traduit également une attitude de relative rupture relationnelle : l'adolescent ne trouve pas (ou n'a jamais pu trouver) dans son entourage, en particulier parmi les adultes, des personnes auprès desquelles il pourrait bénéficier du soutien nécessaire.

Sur le plan psychopathologique, on est plus souvent confronté à des troubles de l'organisation de la personnalité (limite, psychopathique, abandonnique, plus rarement psychotique) qu'à des entités nosographiques rigoureusement définies.

Pour le cannabis, la plupart des études s'accordent pour décrire un lien entre cannabis et psychose ou cannabis et dépression, mais il existe des résultats variés en ce qui concerne les liens de cause à effet. Ces études pointent, en réalité, les conséquences négatives d'une utilisation précoce et régulière de cannabis lors d'une pathologie psychique à l'adolescence [15].

APPROCHES EXPLICATIVES

Pourquoi l'adolescence est-elle une période sensible au développement des comportements de dépendance ? On retrouve ici des facteurs liés au temps de l'adolescence lui-même aussi bien dans son aspect individuel que social, mais aussi au passé de l'individu, à son vécu d'enfant [13, 14].

Dans l'ensemble de ces situations, l'adolescent tente de mettre en place un processus dans lequel il substitue à une relation affective, vécue comme une menace potentielle pour son autonomie, une relation d'emprise sur un « objet » (au sens psychanalytique) qui prend une fonction substitutive de cette relation affective intolérable. Toutefois, l'adolescent y retrouve une nouvelle dépendance qui se nourrit de la non-satisfaction de son véritable besoin affectif en un cercle vicieux d'autorenforcement.

AFFIRMATION DE SA LIBERTÉ ET DE SON INDÉPENDANCE

Que disent les adolescents ? Ils affirment souvent : « Je veux être libre, je ne veux dépendre de personne... » Cette exigence de liberté, d'indépendance revendiquée de façon particulièrement bruyante à cet âge est directement issue du travail d'élaboration psychique de l'adolescence, que l'on peut très succinctement condenser en trois lignes de tension principales qui offrent à l'adolescent un gain potentiel mais constituent aussi une menace possible :

- s'approprier un corps qui change, corps désormais pourvu de possibilités nouvelles : c'est découvrir la sexualité, la relation amoureuse, mais cela peut être le risque de perdre son sentiment de continuité et d'autonomie ;
- s'éloigner de l'« ombre portée » des parents afin d'accomplir ses propres conquêtes : c'est la possibilité de « se découvrir » (dans

les divers sens de ce mot) et donc aussi la menace de se sentir perdu ou abandonné ;

- s'inscrire dans la société pour y trouver ses identifications et son statut. S'inscrire au milieu des autres, c'est aussi prendre le risque de liens d'allégeance menaçant l'identité.

Ainsi l'adolescent oscille-t-il toujours entre ce que l'on appelle une appétence objectale et un désir de préservation narcissique. Cette tension entre une envie dévorante d'objet et un besoin protecteur d'affirmer sa totale autonomie explique l'importance de la question de la dépendance à l'adolescence.

BESOIN DE L'AUTRE ET PRÉSERVATION DE SOI

Dans les relations qu'il établit avec son entourage au moment de l'adolescence, l'individu est toujours tenté d'opérer un déplacement de la personne à la chose. En effet, les relations aux personnes impliquent la reconnaissance que soi-même et autrui soient dans des dispositions identiques pour « être ensemble » avec plaisir. En un mot, elles impliquent la dépendance au désir de l'autre et pas seulement à son propre désir. La relation aux choses dépend de son seul désir quand la chose est là... C'est pourquoi l'adolescent crie très fort qu'il veut être indépendant tout en allumant frénétiquement une cigarette pour calmer sa tension. Certes dira-t-on, les adultes font de même. Oui, mais ils ne le font pas tous, et tous ceux qui le font ont toujours commencé à l'adolescence... Cette régression de la personne à la chose s'observe très bien en clinique individuelle ; quand il est seul et s'ennuie, l'adolescent recourt volontiers au tabac, à l'alcool. Or s'ennuyer est un état affectif assez caractéristique de l'adolescence qui témoigne d'une tentative de désengagement des investissements et des plaisirs de l'enfance (quand on demande « que fais-tu ? » à un enfant, il répond « je m'amuse » ; à la même question, un adolescent répond « je m'ennuie... »), alors que les intérêts, investissements, relations d'amour proposés à l'adulte ne sont pas encore là. Si l'adolescent ne supporte pas l'attente d'une relation à autrui encore à venir et incertaine, il risque de la transformer en une consommation immédiate de produit.

RELATION AUX PAIRS

Le deuxième facteur d'incitation aux diverses dépendances trouve son origine dans la relation aux pairs. Quand l'adolescent s'éloigne de l'enclos familial, où va-t-il ? D'abord et avant tout parmi les pairs. Lieu de différenciation entre les générations, la relation aux pairs contient aussi une exigence identificatoire très forte à l'adolescence. Ce lien implique que l'on fasse comme les autres (de la même bande) tout en affirmant son originalité. En effet, le groupe des pairs exerce une pression constante sur l'individu pour l'amener à faire comme les membres du groupe.

PLACE DU NARCISSISME INFANTILE

L'enfance, et plus encore la petite enfance, colorent de façon très importante l'adolescence. La problématique de la dépendance propre à l'adolescence réactualise la qualité des relations précoces du petit enfant avec son environnement, lesquelles conditionnent la qualité de ce que l'on peut appeler son assise narcissique, le socle de sa personnalité.

Quand les identifications primaires et précoces issues de la petite enfance ont donné au narcissisme une assise suffisante, la sécurité primaire ainsi acquise permet à l'adolescent de s'éloigner des objets

œdipiens, c'est-à-dire des parents, sans se sentir menacé ni appauvri. Il peut aussi s'approcher des autres objets, en attendre jouissance et émotion, sans que cette attente ne soit vécue comme une excitation intolérable et une attirance menaçante pour l'assise narcissique.

En revanche, quand cette assise a été fragilisée, on comprend qu'il soit plus difficile à l'adolescent de ressentir ce besoin objectal. Cette fragilité narcissique peut provenir de défaillances précoces dans les premières relations, défaillances caractérisées soit par des discontinuités (hospitalisations à répétition, placements, changements fréquents et chaotiques), soit par des liens que l'on appelle symbiotiques, marqués par leur exclusivité et leur aspect souvent teinté d'anxiété.

À l'adolescence, cette fragilité sera ressentie comme une souffrance (ou anxiété) insupportable créée par la perception d'une dépendance aux personnes et par la nécessité de la rompre. Dans la forme la plus extrême, la dépendance aux nouveaux besoins du corps, en particulier à ceux qui sont liés à la sexualité, peut être ressentie comme intolérable. L'adolescent risque alors d'attaquer ce corps (tentative de suicide) ou de dénier cette dépendance intolérable au corps en recourant à la dépendance aux produits ou à une conduite, parfois même en utilisant les deux.

Si l'adolescence est par elle-même une période de vulnérabilité pour l'apparition et l'expérimentation des conduites de dépendance, les défaillances dans les relations précoces de la petite enfance et les défaillances dans l'établissement du narcissisme apparaissent comme un facteur essentiel dans le maintien de ces conduites, leur pérennisation et le processus d'escalade.

L'ADDICTION : À LA RECHERCHE DE SENSATIONS

Des lacunes, des ruptures répétées dans les relations précoces de maternage, quelle qu'en soit la cause, débouchent sur un tissu émotionnel défaillant dont les trous, les manques ne sauraient être comblés que par des sensations : un passé vide d'émotion doit être comblé par un présent plein de sensations. La pathologie de l'addiction est d'abord une pathologie des sensations. Ces besoins de sensations nécessitent la présence de l'objet (produit, conduites de risque, etc.) et requièrent un agir.

Or la sensation ne laisse pas de trace psychique, précisément parce qu'elle appartient au registre de l'activation sensorielle : elle est dans l'ordre du besoin et de sa répétition ; elle dépend de l'acte et en résulte, contrairement à l'émotion qui s'inscrit dans le registre symbolique de la parole. Il existe une continuité entre la défaillance dans les interactions précoces – défaut de narcissisme –, le maintien des sensations – dépendance à l'objet concret – et l'appétence à l'agir.

STRATÉGIE FACE À LA DÉPRESSION

Les conduites autothérapeutiques ne s'installent pas du jour au lendemain. Plusieurs moments « sensibles » peuvent être décrits. L'installation de la « petite consommation », qui succède à une consommation conviviale ou débute d'emblée sur ce mode, est le plus souvent en lien avec des événements de vie d'allure négative (rupture sentimentale, échec scolaire, déménagement, etc.). Elle exprime aussi la préférence de l'adolescent pour un recours à une solution extérieure, couplée à un « évitement de penser » qui traduit soit un médiocre investissement de ces processus de pensée, soit une défiance à leur égard (« ça sert à rien », « ça prend la tête... »). Le passage de cette petite consommation à la consommation autothérapeutique signe, en général, l'effondrement psychique avec un

échec des mécanismes d'adaptation et de défense. L'escalade dans la consommation autothérapeutique représente le troisième moment sensible. L'augmentation de la consommation correspond à un besoin d'anesthésie de la pensée afin de faire taire les brèves émergences d'angoisse ou de dépression signant le renoncement à penser [7, 11].

Si le système est à peu près stable quand l'adolescent est installé dans son mode de consommation habituelle, en revanche, le passage d'un mode à un autre s'accompagne souvent d'un moment de flottement, d'incertitude et parfois de demande relationnelle, surtout si celle-ci s'étaie sur une alliance de soin.

APPROCHE BIOLOGIQUE

L'adolescence est une période biologique « critique » de plus grande vulnérabilité pour les expériences de substances et l'acquisition de troubles addictifs. En effet, il existe des particularités neuro-développementales à l'adolescence : une activité plus importante du système dopaminergique et une immaturité de système inhibiteur sérotoninergique, qui favorisent l'impulsivité et la recherche de nouvelles sensations. Or, si cet état est, en général, transitoire, l'effet direct de certaines drogues (alcool, nicotine, cannabis, cocaïne, opiacés...) sur le système dopaminergique (par une augmentation de la libération de dopamine) peut induire des changements et favoriser certains circuits à long terme, à la base du comportement addictifs. Les hormones sexuelles influenceraient aussi le circuit promotionnel dopaminergique et favoriseraient la recherche de sensations nouvelles [2].

ABORD THÉRAPEUTIQUE

ÉTAT DES LIEUX

Particulièrement difficile et complexe, l'abord thérapeutique d'un adolescent consommateur de produit doit prendre en compte un ensemble très vaste de paramètres et en aucun cas se focaliser sur le seul produit et ses effets somatiques. Il est nécessaire d'évaluer : 1) l'état physique du sujet ; 2) l'équilibre psychique et les principaux symptômes de souffrance psychique ; 3) la dynamique familiale ; 4) le produit consommé (quantité, durée, effets, tolérance, etc.) ; 5) le cadre social et environnemental ; 6) les principales modifications (individuelles et familiales) apparues depuis le début de la consommation ; 7) les symptômes qui, éventuellement, précédaient le début de la consommation. Par définition, une telle évaluation prend du temps et doit permettre un engagement relationnel sincère entre le jeune et le consultant. Seule une prise en charge globale de l'ensemble des difficultés du jeune, si celui-ci accepte d'en parler, est susceptible d'aboutir à une modification des modes de consommation. Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, les attitudes autoritaires ou « surmoïques » (« lui faire la leçon », « lui remonter les bretelles ») sont inefficaces et même nuisibles, dans la mesure où elles risquent de disqualifier pour longtemps toute relation ultérieure de soin. Soulignons cependant qu'une telle remarque ne signifie pas qu'une information correcte, pondérée tout en étant rigoureuse sur le produit et ses éventuels effets nocifs, ne soit pas nécessaire, au contraire. Mais elle doit être donnée dans un contexte approprié, le jeune devant se sentir partenaire de l'information partagée et non pas victime potentielle d'une information imposée ou « matraquée ». Enfin, la rencontre avec l'entourage, les parents au premier chef, mais parfois aussi les

autres membres du réseau de soin est indispensable. La seule urgence, ne risquant pas de prendre l'allure d'un véritable passage à l'acte faisant écho au passage à l'acte toxicomaniaque de l'adolescent, est l'urgence d'écoute.

CONSOMMATION AU DÉBUT, CONSOMMATION FESTIVE

À ce stade et au niveau du jeune lui-même, il s'agit d'abord d'une information sur le produit (malgré leur apparente assurance, bien des jeunes sont plutôt ignorants des effets réels de ce produit) et d'une évaluation du retentissement familial, scolaire et social de la consommation. Le travail de prévention est ici primordial. L'évaluation du positionnement familial est essentielle : il est normal que les parents se soucient de la consommation de leur enfant. Il n'est pas normal que, dès ce stade, ils soient paniqués et angoissés, parlant déjà de toxicomanie ou ayant cette crainte omniprésente en tête, prêts à entrer dans une interaction de sollicitude anxieuse avec leur « enfant ». Il n'est pas normal non plus que les parents soient totalement indifférents, voire qu'ils cautionnent ou justifient cette consommation.

CONSOMMATION ADDICTIVE DÉBUTANTE

Des signes de souffrance psychique, relationnelle ou scolaire, qui seraient présents dès le début de la consommation, ou qui seraient apparus peu à peu, doivent être considérés comme un facteur de risque majeur (les troubles du sommeil, les signes d'échec ou de décrochage scolaire, les prises de risque ou comportement d'excès, etc.). Il convient alors d'aborder ces difficultés en amont, dans la mesure où cela est possible, ce qui revient à dire que le consultant doit établir avec le jeune une indispensable relation de confiance. Un traitement actif de ces symptômes, psychothérapeutique ou médicamenteux doit être envisagé. Une guidance ou une thérapie familiale peut s'avérer utile. Des aménagements de vie peuvent être proposés : internat, éloignement temporaire du jeune de ses sources d'incitation ou d'approvisionnement, surtout s'il accepte ces mesures dans un climat de protection et non de punition. À ce stade en revanche, la banalisation n'est pas de mise, même si, pour autant, il convient de ne pas stigmatiser ce jeune en parlant déjà de toxicomanie.

CONDUITES AUTOThÉRAPEUTIQUES

Lors des premiers entretiens, l'adolescent parle généralement peu : la difficulté à s'exprimer par la parole est habituelle sinon constante, reflet de cette douleur à penser. Tout en conservant une certaine distance, le thérapeute doit gagner la confiance du patient en l'interpellant et en évitant les trop longs silences qui risquent d'être perçus par l'adolescent comme un rejet ou une indifférence. Il convient de montrer, d'exhiber même, notre souci pour la santé de ce jeune et notre volonté de ne pas en rester à quelques propos confus ou incertains. L'exemple peut en être fourni par les efforts que le consultant doit déployer pour faire un point à peu près clair sur les quantités consommées.

Pour les adolescents présentant une consommation habituelle et prolongée de cannabis et dont l'engagement dans le soin est souvent aléatoire, la fréquence des consultations est quelque chose de fondamental. Souvent, le rythme hebdomadaire des rencontres est perçu comme un trop contraignant. Les entretiens bimensuels semblent plus adaptés. Au-delà, il est difficile de mettre en place une alliance thérapeutique sérieuse.

L'adolescent en difficulté présente souvent un déficit narcissique important : il se trouve nul, moche, bon à rien, sa vie n'a pas de sens

à telle enseigne qu'il se demande à quoi cela sert de vivre. Sans prendre systématiquement le contre-pied du discours négatif du jeune qui a parfaitement le droit de verbaliser sa souffrance, le thérapeute essaie de développer une argumentation qui va minorer ou laisser de côté les idées négatives et renforcer ou investir d'intérêt les pensées positives. L'investissement dans les rencontres se traduit par sa capacité de l'adolescent à venir seul aux entretiens. On sera donc attentif à un jeune qui continue de se « faire conduire » par l'un ou l'autre de ses parents. Cette passivité qui s'inscrit subtilement dans les limites du cadre doit inciter le consultant à une certaine prudence et le conduire à formuler très directement le souhait que l'adolescent puisse venir seul et par lui-même aux entretiens.

On note généralement une pauvreté certaine du discours. Le jeune éprouve de réelles difficultés à penser : pour lui, penser est d'abord et avant tout signe de souffrance. Le thérapeute doit l'amener à raconter tout ce qu'il a vécu depuis le dernier rendez-vous. Petit à petit, l'adolescent réfléchit et élabore un esprit critique sur ce qu'il vit mettant en place progressivement une pensée autonome. Dès qu'un adolescent présentant des conduites autothérapeutiques parvient à penser, il accepte rapidement de reconnaître que son comportement addictif est un moyen de lutter contre la dépression ou l'anxiété.

Il est souhaitable d'attendre le moment opportun pour proposer à un jeune présentant des conduites autothérapeutiques une alternative médicamenteuse à sa consommation. Ensuite, il faut laisser cette idée cheminer lentement dans le psychisme de l'adolescent : certains jeunes mettent plusieurs mois avant d'accepter cette proposition. Le thérapeute doit tranquilliser le patient en lui affirmant que, dans un premier temps, il pourra continuer son usage cannabique tout en débutant le traitement. Quand l'adolescent est prêt à « expérimenter » les antidépresseurs, le thérapeute peut donner à l'adolescent les coordonnées d'un médecin prescripteur (médecin de famille, psychiatre) mais il doit le laisser faire lui-même la démarche de consultation. De notre point de vue, il doit se garder de prescrire lui-même. Prescrire soi-même risque d'accroître la dépendance du patient à l'égard du consultant ; mais, surtout, cela rendra difficile l'élaboration de l'ambivalence qui surviendra inéluctablement dans le cours de la relation, créant de ce fait des zones de confusion difficile à penser. Diffractionner le transfert sur plusieurs personnes est une condition souvent nécessaire au bon déroulement de la thérapie avec ces patients tellement sensibles à la dimension de dépendance, leur permettant d'être actif dans la démarche de soins. Dans la plupart des cas que nous avons eu l'occasion de suivre selon ce principe, la prise d'un antidépresseur entraîne rapidement une diminution importante, voire un arrêt de l'usage abusif de cannabis. Cependant, ce dernier peut être de nouveau utilisé de façon intermittente dans un cadre convivial ou festif, ce qui constitue sans doute un signe supplémentaire de retour vers une « certaine normalité comportementale adolescente ».

Soulignons enfin, ce qui nous paraît une évidence : dans le cadre des conduites autothérapeutiques, la mise en place d'un traitement antidépresseur n'a de sens que s'il est associé à une psychothérapie.

CONSOMMATION TOXICOMANIAQUE

Rappelons que ce type de consommation ne concerne qu'un nombre très réduit de jeunes consommateurs de produits. Toutefois, il peut arriver qu'un jeune encore mineur soit déjà engagé dans une toxicomanie avérée [16]. L'abord thérapeutique est tout autre, il rejoint celui des adultes.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALVIN P. L'alcool et les jeunes en France. Arch Pédiatr, 2003, 10 (Suppl. 1) : 137S-139S.
2. ANDREW CHAMBERS R, TAYLOR JR, POTENZA MN. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence : a critical period of addiction vulnerability. Am J Psychiatry, 2003, 160 : 1041-1052.
3. BELCHER HM, SHINITSKY HE. Substance Abuse in Children. Arch Pediatr Adolesc Med, 1998, 152 : 952-960.
4. CHARLES-NICOLAS J. Processus toxicomanogènes. Constantes et évolutions. In : JL Venisse. Les nouvelles addictions. Paris, Masson, 1991 : 30-41.
5. CHOQUET M, LEDOUX S. Adolescents : enquête nationale. Analyse et prospective. Paris, INSERM, 1994.
6. CHOQUET M. Épidémiologie de la consommation de cannabis parmi les adolescents en France. In : P Huerre, F Marty. Cannabis et adolescence. Paris, Albin Michel, 2004 : 17-26.
7. CORCOS M, PHAN O, NEZELOF S, JEAMMET P. Psychopathologie de l'adolescent fumeur de cannabis : cannabis. Rev Prat, 2005, 55 : 35-40.
8. DE MIJOLLA A, SCHENTOUB SA. Pour une psychopathologie de l'alcoolisme. Paris, Payot, 1973.
9. DEWIT DJ, ADLAF EM, OFFORD DR, OGBORNE AC. Age at first alcohol use : a risk factor for the development of alcohol disorders. Am J Psychiatry, 2000, 157 : 745-750.
10. FREUD S. Trois essais sur la théorie de la sexualité, trad. fr. B Reverchon-Jouve. Gallimard, Paris, 1905.
11. GERVAIS Y, MARCELLI D. Les conduites autothérapeutiques cannabiques. In : P Huerre, F Marty. Cannabis et adolescence. Paris, Albin Michel, 2004 : 217-241.
12. GUILBERT P, GAUTIER A, BAUDIER F, TRUGEON A. Les comportements des 12-25 ans. Baromètre santé 2000, vol. 3.1. Paris, INPES.
13. MARCELLI D. Du lien précoce au lien d'addiction : quelques hypothèses sur les racines de la dépendance à l'adolescence. Neuro-psychiatr Enfance Adolesc, 1994, 38 : 190-199.
14. MARCELLI D. Une psyché vide d'émotions exige un corps plein de sensations : du lien précoce au lien d'addiction. Cahiers de psychologie clinique : les adolescents, 1996 : 111-127.
15. REY JM, MARTIN A, KRABMAN P. Is the party over ? Cannabis and juvenile psychiatric disorder : the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2004, 43 : 1194-1205.
16. SCHWARTZ RH. Adolescent heroin use : a review. Pediatrics, 1998, 102 : 1461-1466.

Sous la direction de
Michel Reynaud

Traité d'Addictologie

Médecine-Sciences
Flammarion

87, quai Panhard et Levassor, 75013 Paris

<http://www.medecine.flammarion.com>

