

UNIVERSITÉ PARIS 7 - DENIS DIDEROT

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

Année 2008

n°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Caroline LAFAYE DE MICHEAUX

Née à Alès, le 18 août 1978

*PRATIQUES ADDICTIVES À L'ADOLESCENCE ET THÉORIE
DE L'ATTACHEMENT*

sous la direction de

Madame le Docteur Claire LAMAS

Présentée et soutenue publiquement le **10 octobre 2008** devant le jury composé de

Monsieur le Professeur **Michel REYNAUD** (Président)

Monsieur le Professeur **Henri-Jean AUBIN**

Monsieur le Professeur **Bruno FALISSARD**

Remerciements

Au Professeur REYNAUD, qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et me fait l'honneur d'en accepter la présidence ; qu'il trouve dans ce travail l'assurance de mon estime et de ma reconnaissance.

Aux Professeurs AUBIN et FALISSARD, pour l'honneur qu'ils me font en acceptant de juger et critiquer mon travail ; qu'ils trouvent ici le témoignage de mon respect.

Au Docteur LAMAS, qui a accepté de diriger cette thèse et m'a apporté son soutien, sa rigueur et ses critiques constructives tout au long de l'élaboration de ce travail ; qu'elle trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

À Karim, pour m'avoir soutenue avec bienveillance tout au long de ces années d'étude ; pour le chemin déjà parcouru à tes côtés, ton écoute, ta tendresse. Sans toi, je ne serais sans doute pas le médecin et la mère épanouie que je suis devenue. Merci et plus encore, ... ;

À mon fils Jules, pour ta joie de vivre, tes éclats de rire et le bonheur que tu me procures au quotidien depuis trois ans déjà ;

À Maxime, pour avoir su attendre patiemment l'accouchement final de cette thèse pour pointer le bout de ton nez ;

À ma mère, pour m'avoir toujours encouragée, apporté soutien et affection depuis ma plus tendre enfance. Je te remercie Maman pour m'avoir guidée dans cette voie et m'avoir transmis, avec tant d'enthousiasme, la passion de ce métier ;

À mon père, pour ses qualités d'écoute, son humanisme, pour m'avoir fait découvrir et donné envie d'explorer des horizons divers ;

À Pierre, Guillaume, Rémi, mes trois frérots dont je suis fière d'être la soeur. Que nos rencontres et échanges se fassent toujours aussi nombreux ! ;

À ma belle-soeur Domi qui m'a permis de devenir tatie de Luka et Mathias, mes neveux préférés ;

À l'ensemble de la famille, qui contribue à mon équilibre, celui de mes enfants et qui permet de se rappeler ce qu'est l'essentiel dans la vie ;

À tous mes ami(e)s, sans lequel(le)s la vie n'aurait pas la même saveur ;

À tous mes collègues d'internat et à toutes ces rencontres qui m'ont été si précieuses tout au long de mon internat en psychiatrie ;

À tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à améliorer la version définitive de ce travail ; notamment Pierre, Papa et Gérard pour leurs nombreuses relectures et vérifications ;

À mes Maîtres d'internat ainsi qu'à toutes les personnes qui m'ont fait partager leur savoir et leurs expériences ; une mention spéciale pour le Dr Nicole Guedeney, pour son approche singulière de la pédopsychiatrie, ses qualités humaines, pour m'avoir convaincue de la pertinence de cette théorie et m'avoir donnée l'envie d'approfondir mes connaissances.

Table des matières

Introduction	8
Première partie : Addiction et adolescence	10
A- Quelques définitions	10
I- Définition historique	10
II- Définition plus contemporaine	10
III- Les critères de Goodman	11
IV- Les comportements de consommation de substances psychoactives . . .	12
a. L'usage	13
b. L'abus (ou usage nocif)	13
c. La dépendance	15
B- Pratiques addictives et adolescence	17
I- Données épidémiologiques	17
II- Modalités de consommation à risque	22
III- Facteurs de risque	26
a. Facteurs de risque liés au produit	26
b. Facteurs de risque individuels	26
c. Facteurs de risque environnementaux	29
IV- Synthèse	30
Deuxième partie : Attachement et adolescence	33
A- La théorie de l'attachement : fondements et concepts clés	33
I- L'émergence historique	33
II- Son fondateur : John Bowlby	34

	a.	Son enfance	34
	b.	Ses premiers pas professionnels et les prémices de la théorie de l'attachement	34
III-		L'héritage de l'éthologie	36
IV-		Concepts majeurs	37
	a.	Comportements d'attachement, base de sécurité et système d'exploration	37
	b.	Autres systèmes motivationnels	39
	c.	Les différents patterns d'attachement : Mary Ainsworth et la Situation étrange	41
	d.	Mary Main et l'attachement « désorganisé »	43
	e.	La construction des stratégies relationnelles d'attachement	44
	f.	Stratégies d'attachement et régulation émotionnelle	46
	g.	Tempérament, attachement et sensibilité maternelle	47
	h.	Les modèles internes opérants	48
	i.	Evaluation de l'attachement chez l'adulte	50
B-		Evolution et fonction de l'attachement à l'adolescence	55
I-		L'adolescence : une période de grands bouleversements	55
II-		Attachement et adolescence : une menace pour l'autonomie ?	55
III-		Concepts utiles à l'adolescence	57
	a.	Réaménagement de la distance avec les figures d'attachement primaires	57
	b.	Création de nouveaux liens d'attachement, l'influence des pairs	59
	c.	Concepts de <i>Métacognition</i> et de fonction réflexive	60
	d.	Fonction du comportement d'attachement à l'adolescence	62
	e.	Influence de l'organisation de l'attachement sur l'adolescence	62
	f.	Evaluation de l'attachement chez l'adolescent	66
IV-		Synthèse	69
Troisième partie : Pratiques addictives, adolescence et attachement			71
A-		Données de la littérature	71
I-		Études non spécifiques de la problématique addictive	71

II-	Études spécifiques de la problématique addictive	75
III-	Synthèse des données	78
IV-	Analyse critique et discussion	85
	a. Insécurité versus sécurité ?	85
	b. Place du pattern évitant	87
	c. Applications cliniques et thérapeutiques	93
B-	Cas cliniques	97
I-	Cas clinique N°1 : Julie	97
	a. Antécédents personnels et éléments biographiques	98
	b. Antécédents familiaux	101
	c. Histoire récente de ses troubles	102
	d. L'hospitalisation	105
	e. Discussion	107
II-	Cas clinique N°2 : Lise	111
	a. Antécédents personnels et éléments biographiques	111
	b. Antécédents familiaux	115
	c. Histoire de ses troubles	115
	d. L'hospitalisation	117
	e. Discussion	121
	Conclusion	125
	Bibliographie	130

Introduction

La théorie de l'attachement, théorie de la relation et du développement, a été élaborée par Bowlby à partir des années 1950 en lien avec l'éthologie, la cybernétique et la psychologie cognitive. Initialement et principalement appliquée dans le champ de la petite enfance, l'utilisation de cette théorie pour l'étude des comportements adolescents et adultes est beaucoup plus récente alors que Bowlby affirmait que « les représentations d'attachement sont actives du berceau jusqu'à la tombe » (Bowlby, 1980).

L'adolescence est une période de transition, un passage entre l'enfance et l'âge adulte, où s'opèrent de profonds remaniements pour l'individu, tant sur le plan interne, que sur le plan interpersonnel. Cette période de la vie est également une étape du développement où se rejoue le processus de séparation et d'individuation que la théorie de l'attachement vient questionner. Avec l'avènement de la puberté, l'adolescent devient biologiquement capable d'être parent. Psychiquement, le développement des capacités d'abstraction offre l'accès à une pensée formelle. Ces différents changements vont avoir des répercussions sur les relations d'attachement développées au cours de l'enfance. Vont s'opérer des transformations internes cognitivo-affectives mais également des relations avec les parents et les pairs. Ces transformations, associées à l'émergence et au développement d'autres systèmes motivationnels tels que la sexualité et le système affiliatif, vont avoir pour finalité l'accession à l'autonomie, tâche essentielle de l'adolescence.

Cette étape du développement, qui mobilise fortement le système d'exploration, va donc être une période où les expérimentations seront les plus fréquentes, dont notamment celles autour de l'usage de substances psychoactives. Si bon nombre d'adolescents auront recours à une pratique addictive, seule une minorité s'engagera à plus long terme dans des conduites d'abus

ou de dépendance. Cependant, de par la gravité des conséquences relatives aux addictions installées (que ce soit à l'échelle individuelle ou collective), l'intérêt du dépistage précoce de ces individus à risque semble devenir de plus en plus primordial pour les chercheurs et cliniciens.

Il existe depuis une dizaine d'années un intérêt croissant pour l'étude des liens entre attachement et psychopathologie (Dozier et al, 1999), notamment dans les troubles de l'humeur et les troubles phobiques. Paradoxalement, les conduites addictives ont été jusqu'à présent relativement peu explorées dans ce domaine spécifique. Or, pour certains auteurs (Magai, 1999 ; Belsky, 2002), ces conduites font appel à des concepts proches de ceux décrits dans l'attachement, notamment la « régulation émotionnelle » et les « stratégies de coping ». La théorie de l'attachement (qui différencie plusieurs patterns d'attachement impliquant différents types de régulation émotionnelle et de stratégies d'adaptation) peut-elle apporter un moyen supplémentaire de dépistage de ces jeunes consommateurs à risque et donc à terme de prévention ? Si la présence d'un attachement insécuré chez les consommateurs de substances nous paraît plus que probable, existe-t-il un pattern plus spécifique ?

Dans la première partie de ce travail, nous exposerons les notions d'addiction (définitions, classifications) avant de nous centrer plus particulièrement sur les pratiques addictives à l'adolescence. Nous utiliserons des données épidémiologiques récentes, des modalités de consommation à risque et des principaux facteurs de risque individuels et environnementaux. La deuxième partie sera consacrée à la genèse de cette théorie de l'attachement, ses fondements, concepts clés, ainsi qu'à l'évolution de ses concepts à la période de l'adolescence. Enfin, dans une troisième et dernière partie, nous nous intéresserons de façon plus spécifique à l'étude des liens existant entre la théorie de l'attachement et les pratiques addictives à l'adolescence à partir d'une revue de la littérature, puis à travers la présentation de deux vignettes cliniques.

Addiction et adolescence

A- Quelques définitions

I- Définition historique

Le terme d'addiction prend racine dans l'histoire du droit romain. Ce terme, utilisé alors sous une forme juridique, a persisté en Europe jusqu'au Moyen Âge et correspondait à un arrêt du juge qui, constatant qu'un sujet n'était plus en capacité d'assurer ses responsabilités à l'égard d'autrui, donnait « au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne même d'un débiteur défaillant » (Reynaud, 2006). Il s'agissait donc d'une véritable contrainte par corps ou assujettissement du sujet.

II- Définition plus contemporaine

De nos jours, le terme d'addiction est plutôt employé pour désigner un processus dans lequel un comportement, censé soulager un mal-être, finit par devenir difficilement contrôlable et se maintient malgré ses conséquences négatives.

Ce terme apparaît actuellement plus approprié que la notion de toxicomanie, qui renvoie à un comportement fermé visant à la consommation de produits psychotropes susceptibles d'engendrer un état de dépendance.

De nombreux comportements semblent, en effet, présenter des caractéristiques communes aux toxicomanies, sans toutefois se limiter aux seules conduites consistant à consommer tel ou tel produit dangereux pour la santé. On y retrouve, par exemple, toutes les formes d'addictions comportementales ou d'addictions sans drogues telles que le jeu pathologique, l'addiction au

travail, au sport, les achats compulsifs, l'anorexie-boulimie, ... (Valleur *et al.*, 2002).

III- Les critères de Goodman

(Goodman, 1990) a proposé une définition permettant de délimiter ce champ vaste des addictions. Cette définition publiée dans une grande revue médicale, « the British Journal of Addiction », a largement été acceptée par la communauté scientifique. Elle n'est cependant pas officiellement reconnue, la catégorie des addictions au sens large n'ayant toujours pas intégré les manuels internationaux de classification des maladies.

Les critères nécessaires pour établir le diagnostic de trouble addictif, d'après Goodman, sont les suivants :

- A Impossibilité de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.
- B Sensation croissante de tension augmentant avant de débiter le comportement.
- C Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement.
- E Présence d'au moins cinq des neuf items suivants :
 1. Préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa préparation.
 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 3. Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement.
 4. Importante perte de temps passée à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.
 5. Survenue fréquente du comportement lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 6. D'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont sacrifiées ou réduites en raison du comportement.

7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques, physiques ou financiers persistants ou récurrents déterminés par celui-ci.
8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

F Certains symptômes ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

Cette définition qui peut paraître opératoire a le mérite, en énonçant le concept de trouble addictif, de sortir des notions stigmatisantes que sont « l'alcoolisme » ou la « toxicomanie » du point de vue social. Il est nécessaire de rappeler que « ce qui signe l'addiction, ce n'est pas le produit en lui-même mais l'utilisation qu'en fait le sujet » (Reynaud, 2006).

Cependant, et malgré les différences évoquées, ce concept reste majoritairement employé pour désigner des comportements pathologiques d'utilisation de substances : alcool, psychotropes, drogues, ...

IV- Les comportements de consommation de substances psychoactives

Classiquement, trois grandes modalités de consommation de substances sont différenciées : l'usage, l'abus et la dépendance. Seules les deux dernières sont reconnues comme des entités morbides dans les classifications internationales. Nous les retrouvons répertoriées en tant que « troubles liés à l'utilisation d'une substance » dans les manuels CIM-10 (1993) et le DSM-IV (1996) auquel il faut ajouter pour ce dernier la catégorie « troubles induits par une substance ».

Ce repérage apparaît indispensable à mettre en évidence, car comme nous l'avons énoncé auparavant, tout utilisateur de substances psychoactives ne présente pas forcément un comportement addictif.

a. L'usage

Il est caractérisé par une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications somatiques ni dommages.

Phan met en garde contre cette définition « qui sous-entend qu'il peut exister une consommation sans risques, socialement réglée, dont la place est liée à l'acceptation, voire à la valorisation d'une substance par une société donnée à un moment donné, pour un plaisir personnel ou un usage convivial » (Phan *et al.*, 2005).

Reynaud a proposé une sous-catégorie, l'usage à risque, en soulignant combien il est important de compléter la question « trop c'est combien ? » par « trop c'est quand ? » et « trop c'est comment ? » (Reynaud *et al.*, 2000).

L'usage à risque ou plutôt les usages à risques correspondent à cette consommation qui dans certaines circonstances ou situations est susceptible d'entraîner des dommages. Ces usages à risque sont particulièrement pertinents à la période de l'adolescence, période de grande transformation où l'exploration et la mise en danger sont souvent à leur apogée. Nous les détaillerons donc lorsque nous aborderons cette partie tout en rappelant dès à présent que ce sont ces usages à risque qui font le lit de l'abus et de la dépendance.

b. L'abus (ou usage nocif)

Il est caractérisé à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages dans les domaines sociaux, somatiques ou judiciaires.

Deux définitions sont largement utilisées :

- L'abus de substances psychoactives, proposée par l'Association Américaine de Psychiatrie et retrouvée dans le DSM-IV (1996).

Elle correspond à un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple : absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance ; absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école ; négligence des enfants ou des tâches ménagères).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple : lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).
3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple : arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple : disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

- L'utilisation nocive pour la santé, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé et retrouvée dans le CIM-10 (1993).

Elle correspond à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé et dont les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes : l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et à des conséquences sociales négatives. Cependant, la désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent pas à faire le diagnostic. Par ailleurs, on ne doit pas faire ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

Ces définitions, qui s'orientent plus vers la sphère sociale que vers la souffrance propre du sujet, ont néanmoins un « intérêt sur le plan psychopathologique puisqu'il s'agit souvent de dommages pouvant être en lien avec certaines caractéristiques psychopathologiques (impulsivité, recherche de sensations, transgression, ...) qui favoriseraient la prise de risques et de toxiques » (Phan *et al.*, 2005).

c. La dépendance

Elle est habituellement définie comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement habituel du sujet et correspond à la traduction d'un dysfonctionnement neurobiologique durable entraîné par les substances psychoactives.

La définition proposée par l'Association Américaine de Psychiatrie et retrouvée au sein du DSM-IV (1994) est la suivante :

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoigne trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

1. Existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - b effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
2. Existence d'un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - b la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou sur un laps de temps plus long que prévu.

4. Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
5. Temps considérable passé à des activités nécessaires pour se procurer la substance (par exemple, consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), la consommer (par exemple, fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.
6. Abandon ou réduction d'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs en raison de l'utilisation de la substance.
7. Poursuite de la consommation malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, déterminé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne malgré une perforation de la cloison nasale liée à cette consommation ; ou poursuite de la consommation de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'une dépression du fait de cette utilisation).

Aux signes habituels de pharmacodépendance que sont la tolérance et le sevrage qui caractérisent la dépendance physique, il est actuellement classique de rechercher la dépendance psychique. Cette dépendance est définie par un « sevrage psychique » dont la traduction principale est le « craving » (Reynaud *et al.*, 2000). Le sevrage « psychique » correspond au besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi à éviter la sensation de malaise psychique qui survient en son absence. Le « craving » désigne, quant à lui, la recherche compulsive du produit.

Pour résumer :

La dépendance, au sens large du terme, ne se caractérise donc pas uniquement par l'accoutumance à un produit mais par un mode de consommation inadaptée qui centre la vie du sujet autour du produit. Celle-ci le pousse à persister dans sa consommation malgré les conséquences négatives induites par le toxique. « Plus que du produit, c'est d'une expérience que certains sujets deviennent dépendants » (Phan *et al.*, 2005).

B- Pratiques addictives et adolescence

Les pratiques de consommation de substances psychoactives parmi les jeunes générations inquiètent et sensibilisent à juste titre les pouvoirs publics et les professionnels de santé. En effet, si faire l'expérience de prise de produits peut sembler banal et d'une grande fréquence à cette période de la vie, les risques d'engagement dans l'addiction n'en restent pas moins préoccupants. De plus, l'adolescent est un être en devenir qui, pour assurer son avenir, doit acquérir bon nombre de compétences, sociales mais surtout scolaires. La prévention et le dépistage précoce des adolescents vulnérables semblent donc être une priorité afin d'enrayer toute consommation problématique qui risque de se traduire par une perte de chance au niveau scolaire, familial et relationnel et d'altérer à terme le bon développement de l'individu.

Existe-t-il des moyens de repérage de ces jeunes consommateurs à risque ? C'est la question à laquelle nous nous efforcerons d'apporter des réponses ou du moins des tentatives d'explication tout au long de ce travail. Après un état des lieux des données épidémiologiques actuelles, nous consacrerons cette partie à définir quelles sont les modalités de consommation à risque à l'adolescence, puis nous tenterons de repérer les facteurs de risques à la fois individuels et environnementaux.

I- Données épidémiologiques

Les données dont on dispose pour la France, comme pour les pays de l'Union européenne, proviennent en général d'enquêtes de population réalisées à l'aide d'entretiens téléphoniques ou de questionnaires auto-administrés. Si elles offrent l'avantage de donner une représentation assez fidèle de la consommation de substances licites et illicites ainsi que d'évaluer l'évolution au cours du temps, elles ne permettent pas en revanche de se faire une idée précise des modes et circonstances de consommation. Nous développerons donc ultérieurement, de façon plus exhaustive, ces notions importantes.

La distinction entre substances licites et illicites apparaît peu pertinente à l'adolescence, car bien que licites, l'alcool et le tabac sont les drogues qui entraînent le plus de dommages à court, moyen et long terme. Leur accessibilité, leur pouvoir addictogène et leur retentissement soma-

tique en font des substances aussi nocives que les drogues illicites qualifiées souvent comme « dures » et prêtant à confusion.

– **Tabac :**

Les Français dès l'âge de 12 ans sont les plus gros fumeurs de l'Union européenne.

La partie française de l'enquête HBSC, réalisée en 1998 chez les 11-15 ans a montré que les élèves fumeurs passent de 4,1% chez les 11 ans à 35,5% chez les 15 ans (Godeau *et al.*, 2000).

L'enquête ESCAPAD, menée en 2005, établit que sept adolescents de 17 ans sur dix déclarent avoir déjà fumé une cigarette au cours de leur vie dont un tiers fume quotidiennement (Legleye *et al.*, 2007). Si tous les indicateurs de consommation de tabac apparaissent en baisse continue depuis 2000, y compris l'expérimentation, il est à noter que pour ce dernier, en revanche, on assiste de façon tendancielle à une accentuation de sa précocité d'année en année.

– **Alcool :**

C'est en général le produit qui est consommé en premier.

Le baromètre santé mené en 2000 auprès des 12-25 ans a mis en évidence qu'entre 12 et 19 ans, la proportion d'adolescents admettant consommer de la bière passe d'environ 3-5% à 70%. Durant le même laps de temps, la proportion de ceux qui ont connu au moins un épisode d'ivresse passe de 4 à 70% chez les garçons et de 3 à 40% environ chez les filles (Guilbert *et al.*, 2003).

Karila estime que 70 à 80% des adolescents de 11 ans ont déjà goûté de la bière, du vin ou du champagne et 20% ont déjà été ivres (Karila *et al.*, 2007).

Dans l'enquête ESCAPAD (2005) menée auprès d'adolescents de 17 ans, l'expérimentation d'alcool est déclarée par un peu plus de neuf jeunes sur dix. L'usage régulier concerne 12% des jeunes et l'usage quotidien 1%. Près de six jeunes sur dix déclarent avoir été déjà ivres au moins une fois au cours de leur vie dont près d'un sur deux durant les douze derniers mois. Les garçons s'avèrent plus souvent consommateurs que les filles, et ce quel que soit le niveau d'usage (Legleye *et al.*, 2007). Comme pour le tabac, les niveaux de consommation d'alcool, y compris pour l'expérimentation, apparaissent en sen-

sible baisse depuis 2003 alors que l'on observe l'inverse en ce qui concerne les ivresses. Ceci suggère un changement dans les modes de consommation notamment concernant les ivresses alcooliques mais qui nécessitera d'être confirmé par des études ultérieures.

À la différence de leurs aînés, les adolescents consomment de l'alcool essentiellement en dehors des repas. Cette consommation, occasionnelle, commence souvent à l'occasion d'événements festifs au domicile familial et est autorisée par les parents consommateurs eux-mêmes (Karila *et al.*, 2007). Si le vin était prédominant dans les années 70, il a été progressivement remplacé par la bière (boisson alcoolisée la plus consommée par les adolescents) et les alcools forts avec aujourd'hui une montée spectaculaire des *premix* : mélange de soda riche en sucres et en arômes et d'alcool (vodka, rhum, whisky) destiné sur le plan marketing à un public jeune (Karila, 2006). Ces boissons fortement alcoolisées sont consommées essentiellement le week-end, dans un contexte festif, avec recherche d'ivresse.

En Europe, 7% des adolescents français âgés de 16 ans déclarent un usage régulier, ce qui place la France au 21ème rang des pays européens, loin derrière la Hollande où la consommation est la plus élevée (25%), mais devant la Finlande où elle est la plus faible (3%) (Beck *et al.*, 2004).

– **Cannabis :**

Depuis plusieurs décennies, l'ensemble des études épidémiologiques dénote un accroissement spectaculaire de la consommation de cannabis dans tous les pays occidentaux. En 1999, le cannabis représente la première substance illicite utilisée par les adolescents dans le monde (Bauman *et al.*, 1999). La France n'échappe pas à ce constat alarmant : en 2001, un jeune sur trois de 15 à 19 ans, et plus de la moitié des jeunes de 18 ans ont expérimenté le cannabis (Phan *et al.*, 2005) ; ce taux d'expérimentation place la France en première position au niveau européen à égalité avec la République Tchèque et le Royaume-Uni. Cet usage aurait doublé durant la dernière décennie dans notre pays devenant un véritable problème majeur de santé publique d'autant que parallèlement le pourcentage de tétrahydrocannabinol, principe psychoactif du cannabis, n'a cessé d'augmenter (Nezelof *et al.*, 2003).

La dernière enquête française menée en 2005, auprès d'adolescents de 17 ans révèle une expérimentation de cannabis chez 53,1% des garçons et 45,5% des filles. L'usage récent (au cours du mois) concerne un peu plus d'un jeune sur quatre, ce qui apparaît légèrement inférieur au taux observé en 2003 (27,9% versus 30,7%). En outre, l'usage récent apparaît également nettement plus masculin (33,3% versus 22,3%). La différence entre les sexes est encore plus marquée pour l'usage régulier, 15,0% des garçons déclarant un tel usage contre seulement 6,3% des filles. Enfin, les jeunes de 17 ans fumant quotidiennement du cannabis sont plus nombreux qu'en 2003 (5,2% versus 3,9%). En moyenne, les jeunes de 17 ans ont expérimenté leur premier joint à 15,1 ans (Legleye *et al.*, 2007).

– **Autres drogues illicites :**

Le baromètre santé établi en 2000, auprès des 12-25 ans, constate que la consommation de drogues de synthèse, de médicaments, de cocaïne ou d'héroïne ne touche qu'une minorité d'adolescents ; dans la majorité des cas, elle se limite à une consommation expérimentale (une à quelques consommations au cours de la vie) (Guilbert *et al.*, 2003).

En 2005, les produits illicites ou détournés les plus fréquemment expérimentés sont les poppers (5,5%), les champignons hallucinogènes, les produits à inhaler ou l'ecstasy (près de 3,5%), puis la cocaïne et les amphétamines (près de 2,5%) et enfin le LSD, le crack et l'héroïne (entre 1% et 0,7%). Globalement, 12,3% des jeunes de 17 ans disent avoir consommé dans leur vie au moins un de ces produits. Il faut noter que les expérimentations de ces produits ont vu leur niveau progresser depuis 2000, à l'exception de celles du LSD, de l'héroïne et du crack dont le niveau est stable aux alentours de 1%, notamment pour la cocaïne dont le niveau à presque triplé sur la période, et les poppers qui ont connu une hausse notable entre 2003 et 2005 pour devenir les produits les plus expérimentés à la fin de l'adolescence (Legleye *et al.*, 2007).

– **Médicaments psychotropes :**

En 2005, un cinquième des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà pris des « médicaments pour les nerfs, pour dormir ». La consommation au cours des douze derniers mois concerne un jeune sur six (16%) et celle au cours des trente derniers jours un jeune sur dix (Legleye *et al.*, 2007).

– **Polyconsommation :**

Elle est de plus en plus fréquente (l'alcool, le tabac et le cannabis étant les substances les plus couramment utilisées). À 17 ans, la polyexpérimentation de trois produits est de 38,8% chez les filles et de 47% chez les garçons, à 19 ans elle passe à 57% chez ces derniers. Le polyusage répété de deux produits est de 12% chez les filles à 17 ans et passe de 23% à 34% chez les garçons de 17 à 19 ans (MILDT-CFES, 2002).

Le tabac est le plus souvent présent dans un polyusage répété et il apparaît comme étant le meilleur facteur prédictif de la consommation/abus d'alcool et de substances illicites chez l'enfant et l'adolescent. En effet, les jeunes qui signalent fumer un paquet de cigarettes ou plus par jour ont, par rapport aux non fumeurs trois fois plus tendance à consommer de l'alcool et, entre dix et trente fois plus tendance à prendre des substances illicites (Reynaud *et al.*, 2000).

De manière générale, les études récentes montrent que :

- l'âge du premier contact avec le produit ou la drogue diminue (dès 11-12ans) ;
- l'usage régulier d'un produit psychotrope reste marginal avant 15 ans mais se banalise par la suite surtout concernant le tabac, l'alcool et le cannabis ;
- les occasions les plus propices à consommer des produits sont la rencontre avec les pairs ;
- les polyexpérimentations sont de plus en plus préoccupantes car elles semblent progresser continuellement ;
- la France est l'un des pays européens où la consommation de tabac et de cannabis est la plus importante.

Les principales données épidémiologiques sont résumées dans le tableau qui suit.

<p>Tabac</p> <ul style="list-style-type: none"> - au moins une cigarette au cours de la vie : 70% - consommation quotidienne : 30% - peu de différences garçons/filles - expérimentation de plus en plus précoce : en moyenne 13,4 ans
<p>Alcool</p> <ul style="list-style-type: none"> - au moins une fois > 90% - usage régulier 12% ; usage quotidien : 1% - au moins une ivresse : 60% - garçons plus souvent consommateurs que les filles - âge moyen lors de la première ivresse : environ 15 ans
<p>Cannabis</p> <ul style="list-style-type: none"> - au moins une fois : 50% - usage quotidien : 5% (15% de garçons ; 6,3% de filles) - âge moyen de la première expérimentation : 15,1 ans
<p>Autres drogues illicites (LSD, Cocaine, Héroïne, Ecstasy, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - au moins une fois un des produits : 12,3% - usage quotidien : environ 1% - nombre d'expérimentateurs en hausse depuis 2000, notamment pour la cocaïne (taux multiplié par 3 entre 2003 et 2005)
<p>Polyconsommation</p> <ul style="list-style-type: none"> - polyexpérimentation : 47% des garçons et 39% des filles - polyusage : 23% des garçons et 12% des filles

TAB. 1 – Rapport de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies, enquête ESCAPAD menée en 2005 auprès d'adolescents âgés de 17 ans (Legleye *et al.*, 2007).

II- Modalités de consommation à risque

Pourquoi ne pas parler en terme d'usage, d'abus ou de dépendance comme chez l'adulte ? Les classifications internationales reconnaissent actuellement comme catégories diagnostiques principales : la dépendance et l'abus (ou usage nocif) de substances psychoactives. Ces classifications, qui ne prennent pas en compte la notion d'usage de substances psychoactives, appa-

raissent pour de nombreux auteurs (Bailly, 1994 ; Farges *et al.*, 2001) largement insuffisantes chez l'adolescent. Le concept de « pratiques addictives » ou « pratiques de consommation susceptibles d'induire une addiction », incluant la totalité des comportements de consommation, nous paraît particulièrement adapté à la période de l'adolescence, car fédérateur. Si, à l'évidence, tous les usages ne peuvent être considérés comme pathologiques, il apparaît nécessaire de dépister ceux à risque chez les jeunes consommateurs car ils font le lit de l'abus et de la dépendance, et peuvent par ailleurs causer des dommages irréversibles.

Les usages à risque correspondent, comme nous l'avons déjà décrit précédemment, à cette consommation qui dans certaines circonstances ou modalités de consommation est susceptible d'entraîner des dommages.

Quels sont-ils ?

– l'âge de début précoce :

Il est reconnu comme un facteur de risque élevé pour le développement ultérieur d'une utilisation nocive (ou abus) et/ou d'une dépendance, quel que ce soit le produit (tabac, alcool, substances illicites, médicaments psychotropes), surtout si les consommations se répètent (Karila *et al.*, 2007).

Par ailleurs, et de façon générale, l'effet d'un psychotrope est bien plus nocif chez un sujet en développement dans la mesure où il intervient sur un système neurobiologique plus fragile, et qu'il provoque des distorsions dans le rapport du sujet avec son environnement et son entourage.

– certaines situations à risque :

Signalons, par exemple, la conduite d'engins automobiles sous l'emprise de substances psychoactives qui conduit à un risque accru d'accident. Une alcoolémie de 0,5g/l multiplie par 2 ce risque ; si elle dépasse 0,8g/l, le risque est multiplié par 10. L'association d'alcool et de cannabis potentialise ce risque qui est multiplié par un facteur 15 (Ramaekers *et al.*, 2004).

D'autres situations à risque, comme les rapports sexuels non protégés, doivent être re-

cherchés car ils exposent l'adolescent à des maladies sexuellement transmissibles ou à une grossesse précoce non désirée.

– le cumul des consommations :

Les polyconsommations sont un facteur d'aggravation du risque d'intoxication pour toutes les substances psychoactives, et ce pour deux raisons : d'une part, sur le plan pharmacologique, il existe des interactions particulièrement dangereuses ; d'autre part, sur le plan psychosocial, il existe des synergies qui augmentent la probabilité que certaines conduites sociales perdurent et qui renforcent le risque de centrer l'existence sur l'usage de substances (Morel, 2000).

– la répétition de ces modalités de consommation :

La notion de répétition des prises de risque est, pour Morel (2000), l'indicateur sanitaire le plus important avec celui du raccourcissement entre les prises, qui traduit à l'évidence l'installation de la pathologie addictive.

– les modes de consommation :

Trois principaux types de consommation de substances psychoactives se retrouvent à l'adolescence (Marcelli *et al.*, 2004) : la consommation festive ou récréative, la consommation autothérapeutique et la consommation toxicomaniaque, qui sont présentées ci-dessous.

La consommation festive ou récréative

Cette consommation a lieu en présence d'un petit groupe de pairs, jamais seul, et se fait majoritairement lors des fêtes, pendant les vacances ou en fin de semaine. C'est l'effet euphorisant qui est ici recherché. Si on peut assister à un fléchissement scolaire, il reste en général modéré et les autres investissements (sportifs, culturels, sociaux,...) sont maintenus. Dans ce mode de consommation, il n'existe pas nécessairement de facteurs de risque familiaux et les facteurs de risque individuels sont généralement absents.

L'usage récréatif (ou festif) ne doit cependant pas être totalement banalisé car dans cer-

taines situations, comme nous l'avons vu précédemment, il peut se révéler problématique voire dangereux.

La consommation autothérapeutique

Cette consommation, plus régulière, est souvent solitaire, en particulier le soir dans la chambre. Ici, c'est l'effet anxiolytique du produit qui est recherché (« être cool, être bien »). Sur le plan scolaire, on assiste plus fréquemment à un décrochage (redoublements successifs), voire à un échec conduisant à un isolement relatif avec une vie sociale appauvrie. Les activités habituelles sont pratiquées, quand elles ne sont pas abandonnées, avec moins de régularité. Plus que les facteurs de risque familiaux qui ne sont pas forcément toujours présents, ce sont les facteurs de risque individuels sur le plan psychopathologique qui sont à rechercher (troubles du sommeil, troubles anxieux ou dépressifs) au moment de l'adolescence ou de la petite enfance.

La consommation toxicomaniaque

Cette consommation quasi quotidienne est à la fois solitaire ou en groupe. Elle s'accompagne le plus souvent d'une exclusion scolaire et sociale menant l'adolescent à ne conserver que les relations avec d'autres jeunes en situation marginale ou de rupture. L'effet recherché est ici celui d'une « anesthésie-défonce ». Les facteurs de risque familiaux sont fréquents et même habituels ; de même que les facteurs de risque individuels difficiles à mettre en évidence, car souvent masqués par la massivité de la consommation toxicomaniaque.

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

TAB. 2 – Marcelli et Braconnier, 2004.

Les consommations « auto-thérapeutique » et « toxicomaniaque » représentent donc les deux modes de consommation les plus à risque d'évoluer vers un abus et/ou une dépendance ultérieurs. Ce sont donc ces deux types de consommation qu'il importe de dépister dans la population adolescente en vue d'une prise en charge précoce et adaptée.

III- Facteurs de risque

Il existe trois grandes catégories de facteurs de risque (liés au produit, individuels et environnementaux) dont les interactions sont primordiales à prendre en compte, puisque responsables des différents modes de consommation de substances psychoactives.

a. Facteurs de risque liés au produit

Ils sont essentiellement liés aux risques de dépendance, variables suivant la substance consommée (les trois substances psychoactives les plus addictives étant le tabac, l'héroïne et l'alcool) et aux risques de complications somatiques, psychologiques et sociales. Par ailleurs, il ne faut pas oublier le statut social du produit, dépendant principalement de son caractère licite ou illicite, qui peut conduire aux risques judiciaires.

b. Facteurs de risque individuels

Parmi ceux-ci, nous en décrivons trois qui nous paraissent essentiels.

– les facteurs neurobiologiques et génétiques :

L'hypothèse d'un facteur génétique a pris sa source dans les multiples observations au sein de la recherche médicale (études de jumeaux dizygotes et monozygotes, études d'adoptions précoces). Celles-ci convergent vers l'idée d'une forte agrégation familiale de l'abus d'alcool. En effet, plusieurs recherches avaient mis en évidence que l'alcoolisme était trois à cinq fois plus fréquent parmi les parents, la fratrie et la descendance directe de sujets alcooliques que parmi la population générale (Goodwin, 1976 ; Cotton, 1979). Les recherches en cours démontrent de plus en plus clairement que ces facteurs entrent en jeu dans la vulnérabilité aux addictions (perturbations des systèmes dopaminergique mésocorticolimbique, opioïde, noradrénergique, sérotoninergique et corticotrope) (Cami *et al.*, 2003). Une étude menée par Duaux *et al.* (2000) a relevé des différences entre les patients « toxicomanes » et « non toxicomanes » sur les allèles codant pour la fabrication des récepteurs à la β -endorphine. On sait que ces récepteurs sont impliqués dans les systèmes cérébraux, notamment dopaminergiques, intervenant dans l'activation des systèmes de plaisir et de récompense. Cependant, même si l'étude des facteurs neurobiologiques et génétiques se révèle être une piste très prometteuse pour l'avenir, elle reste pour le moment limitée au domaine de la recherche appliquée.

– les facteurs psychologiques :

Ils sont étroitement intriqués à la dimension biologique, mais aucun à ce jour n'a encore véritablement de prétention explicative. Ce sont :

* les caractéristiques tempéramentales et traits de personnalité.

Il semble qu'en relation avec les facteurs de personnalité, le tempérament puisse intervenir comme un ensemble d'attitudes, de conduites et de comportements stables dans le temps, dont certains se sont révélés particulièrement prédictifs de la survenue d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool et de drogues à l'adolescence (Reynaud, 2006). On retrouve comme traits de personnalité la faible estime de soi, la timidité, l'autodépréciation, les réactions émotionnelles excessives ou, à l'inverse, l'alexithymie, les difficultés à faire face à certains événements, à entretenir des relations stables ou à résoudre des problèmes interpersonnels (Chakroun *et al.*, 2004). Concernant les dimensions de tempérament, on retient habituellement un niveau élevé de recherche de sensations,

de recherche de nouveautés, de réactivité émotionnelle, un faible évitement du danger, un retour lent à l'équilibre après un stress, ainsi qu'un faible niveau de sociabilité (Zuckerman, 1980 ; Bailly *et al.*, 1999).

* les événements traumatiques.

Les événements de vie (deuil, maltraitance, abus sexuels, maladies somatiques graves, etc...) se retrouvent à l'évidence à l'interface entre une vulnérabilité psychique et des facteurs liés à l'environnement. Il apparaît intéressant de relier les notions cliniques et épidémiologiques, qui affirment le rôle des événements traumatiques dans la vulnérabilité addictive, et les notions neurobiologiques qui insistent sur la dysrégulation de l'axe corticotrope dans les pathologies addictives (Reynaud, 2006).

– les comorbidités psychiatriques :

L'association de troubles psychiatriques aux conduites addictives, notamment chez les enfants et adolescents qui présentent un abus d'alcool ou de drogues, a fait l'objet de nombreuses études. Néanmoins, les liens qui les unissent restent complexes (facteurs favorisants, conséquences, simples co-occurrences) (Béraud *et al.*, 2002). Plusieurs hypothèses, non exclusives les unes des autres, sont formulées pour rendre compte de cette association (Adès, 2005) :

1. les troubles psychiques peuvent être primaires, installés avant le début de la conduite addictive, celle-ci étant alors comprise comme « l'auto-médication » par un produit (ou par un comportement) d'une souffrance psychique, angoisse, dépression ou délire ;
2. les troubles psychiques peuvent être secondaires, liés aux effets propres du produit ou aux conséquences de la conduite addictive : la catégorie « troubles mentaux induits par une substance », dans le DSM-IV, rend compte de ce type de troubles ;
3. des relations biologiques (éventuellement génétiques) pourraient exister entre addictions et troubles mentaux ;
4. l'association pourrait, dans certains cas, n'être qu'une co-occurrence fortuite (les deux types de pathologies étant d'une grande fréquence).

Ce repérage nous apparaît à ce jour très précieux car de nombreux travaux ont montré le caractère peu efficace et inapproprié des méthodes traditionnelles de prise en charge des addictions lorsqu'il existait une pathologie mentale associée. Les études menées par

Mc Lellan *et al.* (1983), au début des années quatre-vingt, ont permis la naissance d'une réflexion, poursuivie à l'heure actuelle, sur des stratégies spécifiques de soins appropriés aux sujets porteurs de troubles co-occurents (TCO).

La survenue précoce de troubles psychiques peut multiplier par deux le risque de développer un abus ou une dépendance à une substance psychoactive. Dans 70 % des cas, ces troubles précèdent l'apparition de l'abus de substances. On retrouve particulièrement les patients souffrant de troubles des conduites, d'une hyperactivité avec déficit de l'attention, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, plus rarement ceux présentant des troubles psychosomatiques et des troubles du comportement alimentaire (Karila *et al.*, 2006). Par ailleurs, les éléments psychopathologiques sous-jacents rencontrés dans les troubles de la personnalité antisociale ou borderline sont fréquemment rapportés comme étant des facteurs individuels facilitant l'installation de conduites addictives.

c. Facteurs de risque environnementaux

Nous décrivons ici les principaux facteurs de risque environnementaux.

– les facteurs familiaux :

Aucun facteur familial pris isolément ne peut être considéré comme un élément de causalité linéaire. Cependant, la famille semble jouer un rôle important dans le déterminisme ou la prévention de l'usage de substances à l'adolescence. On retrouve régulièrement et par ordre de gravité croissante : des conflits familiaux ou une tension relationnelle majeure, des habitudes de consommation abusive ou excessive chez les parents, des antécédents de deuils familiaux non résolus, 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 (Chabrol, 1995). Si un excès de punition, des sévices physiques ou une surimplication émotionnelle parentale sont des facteurs de risques de l'usage de substances psychoactives à l'adolescence ; à l'inverse, la proximité entre parents et enfants, l'affection et le support parental apparaissent comme des facteurs de protection (Chabrol, 1995). Le rôle du père dans l'établissement de règles auprès d'un adolescent en pleine recherche de limites semble également primordial. Pour Jeammet (2008), « le cadre paternel est un véritable rempart sur lequel l'adolescent va pouvoir s'appuyer. L'absence ou le dysfonctionnement de celui-ci sera une source d'an-

goisse majeure menant directement à la consommation de produits apaisants ».

– les facteurs culturels et sociaux :

Les facteurs culturels influent sur les attentes des individus envers les produits, les modes de consommation, l'expression des conduites addictives, leur pérennisation et les réactions sociales vis-à-vis de ces conduites. On sait, par exemple, que plus les facteurs d'exposition sont élevés (ce qui est le cas de l'alcool en France), moins il est nécessaire d'avoir une forte vulnérabilité (ce qui explique, par exemple, les « alcoolismes d'entraînement »). À l'inverse, lorsque l'exposition est faible (pour l'héroïne), on retrouvera d'importants facteurs de vulnérabilité (Reynaud, 2006).

La perte des repères sociaux que sont la précarité, le chômage, certains quartiers défavorisés ainsi que tous les processus conduisant à l'exclusion ou à la marginalisation du jeune ont un effet favorisant et incitatif sur la consommation addictive de produits. Le plus important reste de loin l'échec ou la rupture de la scolarité.

– le rôle des pairs :

Les différentes enquêtes annuelles ESCAPAD montrent de façon indiscutable le rôle des pairs dans l'initiation à la consommation d'alcool et de drogues à l'adolescence. Cependant, si à l'évidence la pression des pairs est un facteur d'abus de substances où la dimension de transgression des règles prend toute sa valeur, elle peut être également un possible facteur d'abstinence. En effet, il existerait une relation directe entre une pression croisée des pairs et un usage de drogues, ce qui ferait que plus l'acceptation de drogues est basse, moins fréquent serait son usage (Legleye *et al.*, 2007).

IV- Synthèse

Les données épidémiologiques récentes concernant les usages de substances licites et illi- cites montrent qu'à 17 ans, la plupart des adolescents ont expérimenté une ou plusieurs sub- stances psychoactives (Legleye *et al.*, 2007). Si le tabac et l'alcool restent à ce jour, comme pour leurs aînés, les substances les plus prisées et les plus consommées de façon régulière par les adolescents, les données actuelles révèlent depuis quelques décennies un accroissement ma- jeur de l'usage de cannabis (Phan *et al.*, 2005). Celui-ci inquiète à juste titre le corps médical

car parallèlement la concentration du principe psychoactif de cette substance psychoactive ne cesse d'augmenter (Nezelof *et al.*, 2003), induisant des perturbations psychologiques nettement accrues, et des conséquences potentiellement lourdes pour le bon développement de l'individu. Certaines modalités de consommation semblent également se modifier et alertent particulièrement les professionnels de santé engagés auprès de cette population. Ainsi, l'âge du premier contact avec le produit semble de plus en plus précoce (dès 11-12 ans) (Legleye *et al.*, 2007). Or, cette précocité de la rencontre avec le toxique est reconnue comme étant un facteur de risque majeur pour le développement ultérieur d'une utilisation nocive, et/ou d'une dépendance, notamment parcequ'il intervient sur un système neurobiologique en plein développement, plus fragile et provoque des distorsions dans le rapport du sujet avec son environnement (Karila *et al.*, 2007). La polyexpérimentation progresse également de manière continue exposant ces adolescents à des interactions dangereuses sur le plan pharmacobiologique, et augmentant la probabilité sur un plan psychosocial de centrer son existence sur l'usage de substances toxiques (Morel, 2000).

Au regard des connaissances actuelles, un professionnel de santé engagé auprès d'une population adolescente se doit donc de dépister systématiquement l'existence de l'usage de substances psychoactives, et ce de plus en plus précocement afin de proposer la meilleure prévention possible. Une fois le dépistage établi, celui-ci doit s'atteler à repérer, parmi les adolescents consommateurs, ceux à risque d'engagement dans des conduites addictives préjudiciables. Pour cela, il peut s'appuyer sur les différents facteurs de risque reconnus : qu'ils soient liés au produit (en effet, d'évidence avoir consommé de l'héroïne ne serait-ce qu'une fois devra alerter davantage que d'avoir bu un verre d'alcool lors d'une soirée entre amis), qu'ils soient individuels (comorbidités psychiatriques, événements de vie difficiles, ...) ou encore environnementaux (fonction paternelle défaillante, conflits familiaux, échec ou rupture scolaire, ...). Cependant, aucun de ces différents facteurs de risque n'a de véritable spécificité, ni n'apporte de véritables explications sur le plan étiopathogénique. Il peut donc être encore parfois difficile de savoir quand intervenir et proposer des soins plus conséquents comme une prise en charge de type psychiatrique individuelle, familiale ou plus spécialisée, de type addictologique. Si les différentes modalités de consommation « festive », « autothérapeutique » ou « toxicomaniaque » proposées par Marcelli et Braconnier (2004) permettent tout de même à ce jour de mieux dis-

tinguer les jeunes en difficultés face aux produits, une approche plus globale et centrée sur l'individu pourrait être un atout supplémentaire pour les cliniciens et autres professionnels engagés auprès d'adolescents dans ce soucis constant de prise en charge précoce des individus à risque. La théorie de l'attachement pourrait ainsi apporter un éclairage complémentaire sur les modalités relationnelles de ces adolescents et permettre une meilleure compréhension des facteurs individuels à l'oeuvre et de la place prise par le recours à la consommation du toxique dans la trajectoire développementale et dans l'économie relationnelle du sujet.

Attachement et adolescence

A- La théorie de l'attachement : fondements et concepts clés

I- L'émergence historique

Une théorie ne semble jamais émerger totalement par hasard à un moment donné de l'histoire, et le milieu du XX^{ème} siècle se prêtait sans doute particulièrement à la naissance de celle de l'attachement. Cette période fût en effet traversée par un certain nombre d'événements et de faits de société ayant entraîné une transformation profonde des représentations concernant l'enfance et les rapports des adultes envers les enfants. Il nous a semblé nécessaire d'en rappeler les principaux afin de mieux comprendre l'émergence de théories décrivant les rapports affectifs entre parents et enfants :

- l'expérience traumatisante des guerres généralisées et des génocides de la première moitié du XX^{ème} siècle ayant soulevé vraisemblablement de nouvelles préoccupations autour de la perte, la séparation, le deuil ;
- une plus grande maîtrise de la contraception dans les pays industrialisés ayant pour conséquence le franchissement du seuil de non-remplacement des générations ;
- la « nucléarisation » de la famille dans les sociétés occidentales ;
- la reconnaissance de compétences de plus en plus précoces au bébé ;
- l'émancipation des femmes qui revendiquent une égalité sur le plan de leur carrière professionnelle et les incertitudes des hommes quant à leur rôle dans la famille (Pierrehumbert, 2003).

C'est dans ce contexte qu'en 1958 deux articles publiés ont fortement affecté la psychologie du développement et les représentations populaires quant aux relations intrafamiliales. Il s'agit de « The nature of the child's tie to his mother », de John Bowlby, psychanalyste anglais, qui

expose les premiers fondements de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1958), et de « The nature of love », de Harry Harlow, éthologue, qui publie ses observations sur la déprivation maternelle à partir de l'observation de jeunes macaques rhésus séparés de leur mère à la naissance (Harlow, 1958). Cette coïncidence historique, entre des champs très différents mais dont les conclusions convergent (la proximité physique de la mère ou de son substitut est un besoin primaire du jeune ; la satisfaction de ce besoin est essentielle à son développement mental et à l'éclosion de sa sociabilité) va se révéler d'une fécondité peu ordinaire (Zazzo, 1979).

II- Son fondateur : John Bowlby

a. Son enfance

John Bowlby est né à Londres en 1907, dans une famille britannique aisée et intellectuelle, bien structurée, mais peu présente affectivement. Quatrième d'une fratrie de six enfants, il est confronté dès son plus jeune âge à des expériences de séparation ainsi qu'à la maladie mentale d'un de ses frères cadets, Jim, et à la dépression de sa mère (Holmes, 1993). John est éduqué par plusieurs nurses, comme il est coutume dans cette société de l'époque, et la perte à l'âge de 4 ans de l'une d'entre elles, sa « nannie », auquel il est très attachée, est une épreuve particulièrement difficile. Une nouvelle séparation au moment de son départ en internat (« boarding school ») à l'âge de 7 ans est probablement déterminante dans son orientation professionnelle future. Karen note par ailleurs que même si Bowlby n'en a jamais parlé (comme si cela avait été effacé de son esprit), il ne semble avoir eu de relations heureuses avec aucun de ses parents (Karen, 1998).

b. Ses premiers pas professionnels et les prémices de la théorie de l'attachement

Après s'être engagé dans la Navy qu'il abandonne rapidement (car il ne s'habitue pas au mal-de-mer) mais qui lui donne le sens de l'organisation, il part étudier les sciences naturelles et la psychologie à Cambridge.

Il débute ensuite ses études de Médecine à l'University College, à Londres, au début des années 1930, après avoir effectué un travail temporaire en tant qu'enseignant, dans une institution pour « enfants inadaptés », ce qui le sensibilise aux problèmes de carence affective. Bowlby, comme le raconte Jeremy Holmes, dit avoir déjà eu à ce moment là, après avoir suivi un gar-

çon placé pour de petits actes délictueux qui avait été délaissé par sa mère, l'intuition d'une connexion entre une déprivation relationnelle durant l'enfance, le développement d'une personnalité incapable de se lier et le risque de délinquance (Pierrehumbert, 2003).

Voulant devenir psychiatre pour enfants, il commence dès le début de ses études de Médecine en 1929 une analyse avec Joan Rivière, psychanalyste et amie proche de Melanie Klein qui dure sept années. Melanie Klein, qui bénéficie du soutien du président de la British Psycho-Analytical Society, est à cette époque une figure éminente de la psychanalyse et Bowlby, certifié psychanalyste en 1937, considère comme un honneur de continuer sa formation avec celle-ci, chez qui il entre en supervision.

Cette supervision tourne cependant rapidement court après la présentation par Bowlby de son premier cas d'enfant hyperactif dont les difficultés renvoient, selon lui, à la problématique maternelle. L'absence d'intérêt de Klein pour l'état de la mère hospitalisée pour dépression et son rôle possible dans les troubles de ce jeune garçon, marque le début de leurs divergences.

Bowlby s'oppose dès lors à la vision purement intrapsychique de l'école kleinienne et met l'accent sur l'importance de l'environnement et le rôle de la réalité des expériences sur le développement de l'enfant et de l'adolescent, étant convaincu du rôle central de la mère. Sa collaboration avec James Robertson, qu'il engage en 1946 à la Tavistock Clinic de Londres, sur l'étude des réactions des jeunes enfants à la séparation d'avec leur mère vient conforter ses intuitions et se révèle déterminante dans la conceptualisation de sa théorie. L'attachement est, selon Bowlby, un besoin primaire de proximité distinct de la libido et non secondaire à une relation de nourrissage.

La parution de son article « The nature of the child's tie to his mother » en 1958 où il propose une révision « déchirante », d'après Serge Lebovici (2003), de la métapsychologie avec abandon de la théorie de l'étayage, lui vaut rejet et critique de la société psychanalytique. C'est dans ce contexte qu'il finit par se détacher de cette école déchirée entre les partisans kleinien et ceux d'Anna Freud, pour se tourner vers d'autres courants scientifiques tels que l'éthologie, les sciences cognitives, la cybernétique et la psychologie du développement et fonder ce qu'il nomme « la théorie de l'attachement ».

III- L'héritage de l'éthologie

Bowlby, grand adepte des travaux de Charles Darwin, adhère à l'hypothèse de la sélection naturelle qui suppose que les espèces résistantes au travers des millénaires sont celles dotées des schémas de comportement les plus « biologiquement avantageux », c'est-à-dire de ceux qui permettent de s'adapter au milieu naturel de façon optimale.

Pour étayer son point de vue sur le caractère primaire de l'attachement et le caractère positif de ce comportement en terme de survie de l'espèce, il se tourne vers d'autres courants de recherche que la psychanalyse, en particulier vers l'éthologie. En se référant à des observations faites sur le règne animal, Bowlby veut apporter la preuve que l'existence de certains stimuli environnementaux ont un impact sur la mise en place et le fonctionnement de certains comportements auxquels une espèce est prédisposée (Bowlby, 1957). Il s'inspire à cet égard des travaux de Konrad Lorenz et Harry Harlow. Lorenz a en effet observé que les oisillons et canetons ont tendance à suivre tout objet mobile qu'on leur a présenté dans les heures qui suivent leur éclosion et cela indépendamment de toute référence à la nourriture (Bowlby, 1969). Si le concept « d'empreinte » introduit par Lorenz intéresse vivement Bowlby, c'est l'expérience exposée par Harlow (1958) qui se révèle la plus convaincante pour démontrer l'existence d'un besoin primaire d'attachement. Harlow a en effet montré que des jeunes macaques rhésus séparés de leur mère à la naissance et auxquels on présente deux « substituts » (sortes de mannequins imitant grossièrement des singes adultes), l'un fait de fils de fer ayant un biberon de lait et l'autre dépourvu d'un biberon mais recouvert d'un tissu doux, préfèrent le contact rassurant de ce dernier plutôt que la nourriture.

Bowlby, ayant par ailleurs constaté le recours de nombreuses espèces animales aux cris ou aux pleurs pour attirer l'attention de leur mère, est de plus en plus conforté dans l'idée que le besoin de proximité constitue une nécessité différente du besoin d'être nourri. Il se met alors en quête de repérer les différents comportements dans l'espèce humaine visant à promouvoir l'attachement.

IV- Concepts majeurs

a. Comportements d'attachement, base de sécurité et système d'exploration

Les comportements d'attachement rassemblent tous les comportements dont la finalité est de favoriser la proximité avec la figure privilégiée. Bien que Bowlby se réfère souvent à la mère, il précise que cette figure peut être « toute personne engagée dans une relation durable et qui fournit des soins à l'enfant » (Bowlby, 1969). Cette proximité est supposée nécessaire pour donner à l'enfant réconfort et protection et, dans une perspective évolutionniste, favoriser la survie de l'espèce. D'autres hypothèses plus récentes mettent l'accent sur le rôle fondamental du maintien actif de la proximité (à la fois physique mais surtout psychique) dans le développement de la mentalisation et de l'intersubjectivité du bébé (Atger, 2006).

Le concept de « monotropisme », employé au départ par Bowlby, qui suggère que l'enfant n'établit qu'une seule et unique relation, à l'image de l'empreinte, lui vaut une opposition farouche des progressistes. Même s'il reconnaît rapidement par la suite l'existence d'attachements secondaires et d'une hiérarchisation dans l'importance de ces différents attachements, l'opposition est déjà cruellement enracinée.

Ces comportements, de plusieurs natures, évoluent en fonction du stade développemental de l'enfant. On retrouve dès la naissance des comportements de signalisation tels que le sourire ou la vocalisation qui signalent à la mère l'intérêt de son enfant pour l'interaction ainsi que des comportements de nature aversive comme les pleurs, incitant la mère à se rapprocher de son enfant et à effectuer des actes pour y mettre fin. Plus tard, l'enfant acquiert des capacités motrices et l'on retrouve des comportements actifs tels que s'approcher, s'agripper ou suivre sa mère, permettant à l'enfant de réguler lui-même la distance avec sa figure d'attachement en fonction de ses besoins de sécurité (Guedeney, 2002).

On peut alors se demander quels sont les facteurs susceptibles d'activer les besoins de proximité. Pour Bowlby, il apparaît assez clairement que si certains indices sont transmis par la culture, d'autres sont propres à l'espèce humaine. Les stimuli non familiers, l'approche rapide ou menaçante d'un objet, le vide, la solitude, sont autant de facteurs environnementaux capables de déclencher la peur. Des facteurs de vulnérabilité internes, liés à l'état de l'enfant lui-même, tels que la fatigue, la douleur, la maladie, peuvent également accentuer le besoin de sécurité (Bowlby, 1969).

Parallèlement au fait d'assurer sa survie, un enfant doit explorer son environnement afin de le maîtriser. Si certains stimuli lui apparaissent inquiétants mais sans être trop hostiles, ils vont susciter cependant une certaine curiosité et l'encourager à se dégager d'une proximité permanente avec sa mère. C'est à partir de l'approche cybernétique que Bowlby théorise, en terme de systèmes antagonistes, les comportements d'attachement et d'exploration de l'environnement. L'activation du système d'exploration n'est possible que si celui de l'attachement est désactivé, soit lorsque l'enfant se sent en sécurité (Miljkovitch, 2001). De même, si les comportements d'attachement restent longuement et fortement activés (par exemple l'indisponibilité de l'adulte, normalement source de réconfort), cette activation va être génératrice d'anxiété et limiter d'autant l'exploration.

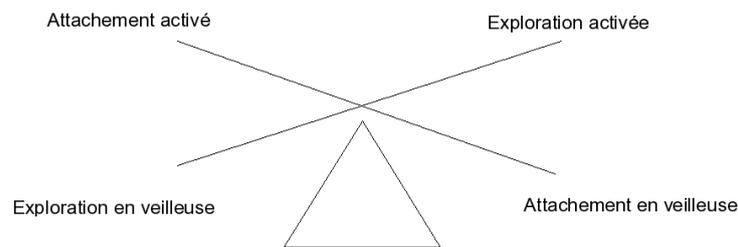


FIG. 1 – Schéma : balance exploration/attachement [extrait du DU sur l'attachement proposé par Dr Nicole Guedeney, 2006].

On peut donc légitimement penser que si l'attachement a, à la fois une fonction de protection et une fonction d'exploration, il va « servir l'autonomie de l'individu et non sa dépendance », comme certains ont pu le présupposer (Pierrehumbert, 2003). Ces facteurs d'activation ou de désactivation sont bien évidemment à concevoir sous l'angle d'une perspective développementale ; un enfant âgé de 3 ans n'activant pas son système d'attachement pour un même stimulus qu'un enfant d'un an. Un comportement (puis seulement sa représentation avec le développement des capacités cognitives) pourra être substitué par un autre pour remplir une même fonction : par exemple, le regard visuel (puis seulement la prévisibilité de la disponibilité de la figure d'attachement) remplacera la proximité physique effective.

Mary Ainsworth, proche collaboratrice de Bowlby, va se montrer également déterminante dans l'essor de cette théorie. C'est à elle que l'on doit la notion de « base de sécurité » pour

signifier qu'un individu, quel que soit son âge, explore davantage son environnement s'il sait qu'il peut compter sur une figure de soutien protectrice, accessible et disponible. Nous pouvons d'ailleurs rappeler qu'Harlow, dans ses recherches sur les singes rhésus, avait déjà mis en évidence ce mouvement de balancier entre la proximité du substitut et l'exploration. Il s'était en effet aperçu que les jeunes macaques exploraient davantage les objets nouveaux s'ils avaient pu auparavant atténuer leurs craintes en se réfugiant auprès du substitut en tissu et qu'à l'inverse, si le substitut était absent, les jeunes macaques avaient tendance à rester figés, dans une attitude de prostration (Harlow, 1958).

b. Autres systèmes motivationnels

Si le système d'exploration est le plus souvent directement rattaché au système d'attachement, Bowlby a également décrit l'implication d'autres systèmes motivationnels à partir de son approche cybernétique. La finalité commune de ces différents systèmes comportementaux est, du point de vue éthologique, l'adaptation du sujet à son environnement afin de contribuer à sa survie. Les plus importants sont :

- le système peur-vigilance

La fonction biologique de ce système est comme pour le système d'attachement, la protection. Sa finalité est de motiver l'enfant à rester éloigné d'une situation potentiellement dangereuse. Ce système comporte des « indices naturels de danger » (Bowlby, 1973) qui ne sont pas en eux-mêmes dangereux mais qui augmentent la probabilité d'un danger. On retrouve par exemple le noir, un bruit fort et soudain, le fait d'être seul, ou encore des mouvements brusques. Il va avoir pour effet une diminution active de la distance avec la figure d'attachement et un éloignement de la source de peur, c'est à dire une activation du système d'attachement et une désactivation du système d'exploration. La figure d'attachement constitue, dans ce cas, ce que l'on appelle un havre de sécurité.

- le système affiliatif (qui, nous le verrons, est particulièrement pertinent à la période de l'adolescence)

Le système affiliatif se situe dans le registre de l'intersubjectivité. Il se développe très tôt, dès l'âge de 2 mois. Il décrit la motivation d'un individu à s'engager socialement avec les autres et constitue également un facteur de survie de l'espèce, tant par la protection

et l'enseignement pour l'acquisition de compétences que peut offrir le groupe, que par le fait de faciliter la reproduction (Cassidy, 1999). Pour son activation, il est nécessaire que l'individu ait une volonté de s'engager dans des relations sociales et que le système d'attachement soit désactivé. L'enfant est d'autant plus enclin à s'engager dans une interaction avec un pair qu'il est à proximité de sa figure d'attachement, dans un environnement familial.

– le système du caregiving

Il décrit la capacité d'une figure parentale à donner des soins et à s'occuper d'un plus petit que soi.

De la même manière que le comportement de l'enfant est orienté par le système d'attachement, Bowlby a proposé que le comportement de la figure d'attachement soit organisé par un système comportemental nommé « caregiving » (George *et al.*, 1999). Ce système constitue le système réciproque du système d'attachement et évolue en parallèle de celui-ci. D'un point de vue éthologique, son but est de promouvoir la protection de l'enfant. Son activation est déterminée par des indices internes ou externes de situations perçues par le parent comme dangereuses ou effrayantes pour l'enfant. Le système est désactivé par la proximité physique ou psychologique ainsi que par des signaux indiquant que l'enfant est à nouveau en situation de sécurité et/ou de confort. Sa régulation est par ailleurs associée à des émotions fortes mobilisées chez le *caregiver*. Une fois activé, ce système va mobiliser tout un répertoire de réponses comportementales telles que rechercher, suivre, regarder, appeler, se déplacer, porter, ... La réponse comportementale sélectionnée par la figure d'attachement va dépendre à la fois des signaux émis par l'enfant et de sa propre perception du danger. Ainsi, les qualités du *caregiver* sont qualifiées par les notions de « sensitivity » et de « responsiveness » définies respectivement par la capacité à percevoir et interpréter correctement les signaux du petit et à y répondre de façon rapide et adaptée. Fonagy (1991) ajoute à cela l'importance de la fonction réflexive qui désigne la capacité à se représenter les états mentaux et affectifs de l'enfant.

c. Les différents patterns d'attachement : Mary Ainsworth et la Situation étrange

Bowlby, qui cherche quelqu'un pour analyser les données de James Robertson sur la séparation, engage fortuitement au début des années 50, Mary Salter Ainsworth, psychologue américaine. Celle-ci, comme le relève Karen (1998), est déjà sensibilisée par l'un de ses professeurs, William Blatz, à se représenter la façon qu'a l'enfant d'utiliser son parent comme source de sécurité pour lui permettre d'explorer. Elle est donc logiquement séduite par les recherches autour de la séparation.

À l'occasion d'un voyage en Ouganda, en 1954, elle décide d'observer « en milieu naturel » des enfants lors de situations de séparation afin de vérifier, de façon empirique, les idées de Bowlby. Au sein de 28 dyades mère-bébé d'origine africaine, elle observe attentivement les signaux d'attachement des bébés au moment du sevrage, des séparations, ainsi que les réponses données par la mère, et en arrive à catégoriser les enfants selon qu'ils apparaissent non attachés ou attachés de façon sécurisée ou insécurisée (son travail est publié en 1967 sous le titre « Infancy in Uganda »). De retour aux Etats-Unis, elle entre à l'Université John Hopkins de Baltimore où, encouragée par Bowlby à poursuivre son activité de recherche et à publier ses travaux, elle entreprend une nouvelle étude d'observation à domicile sur les soins et les interactions de 23 dyades américaines. Cette recherche prospective, qui valide ses premières intuitions acquises en Ouganda, la conduit à mettre au point sa célèbre procédure expérimentale : la « Situation étrange », qui va s'avérer d'une productivité scientifique inégalée (Ainsworth, 1969).

La Situation étrange a été élaborée dans le but de déterminer les modalités d'attachement de l'enfant. Elle consiste à étudier, dans le cadre d'un protocole de recherche, des enfants âgés de 12 à 18 mois en interaction avec une figure parentale. Le scénario, d'une vingtaine de minutes, met en scène des séquences de séparations et de retrouvailles entre la mère et l'enfant, dans un lieu inconnu et en présence d'une personne étrangère. Ce sont les réactions de l'enfant, induites par l'activation expérimentale des comportements d'attachement qui sont observées et codées, avec une attention toute particulière portée au moment des retrouvailles.

Ainsworth a relevé 3 patterns de comportement qu'elle catégorise en terme de « patterns d'attachement » (A,B,C) selon que l'enfant recherche ou non sa mère pour se rassurer lorsqu'elle est absente, et qu'ensuite elle redevient ou non une base sécurisante qui lui donne la possibilité d'explorer l'environnement (Ainsworth *et al.*, 1978) :

- l'enfant « sécure » (groupe B) peut protester lors de la séparation mais accueille le parent à son retour avec une expression de soulagement, assortie d'une recherche de proximité. Ce contact, sans résistance, lui permet ensuite de repartir explorer tranquillement. Quatre sous-groupes (B1, B2, B3 et B4) sont distingués suivant une progression allant d'une recherche de contact plutôt de façon distante avec un peu d'évitement, à une recherche de contact physique s'accompagnant parfois de signes de détresse.
- l'enfant « insécure anxieux-évitant » (groupe A) donne l'impression de ne pas être affecté par le départ du parent et continue à se focaliser sur l'environnement malgré la situation de détresse. Il donne ainsi une impression d'indépendance, explorant le nouvel environnement sans devoir utiliser le parent comme « base sécurisante » ; il ignore ou évite le parent à son retour et peut se montrer facile de contact avec la personne étrangère. On distingue deux sous-groupes (A1 et A2) suivant que l'enfant évite beaucoup sa mère ou la recherche un peu.
- l'enfant « insécure anxieux-résistant ou ambivalent » (groupe C) se montre perturbé par la séparation mais adopte ensuite, au moment de la réunion, une attitude ambivalente dans laquelle sont mêlées recherche de contact et résistance au parent. Cette résistance apparaît comme l'expression d'une colère ressentie contre le parent. Ces enfants, qui se remettent péniblement de leur angoisse de séparation, sont beaucoup plus en difficulté que les autres pour à nouveau explorer leur environnement. Deux sous-groupes sont distingués (C1 et C2) suivant que l'enfant résiste quand le parent le prend ou reste plutôt passif.

Cette catégorisation a été l'objet de vives critiques surtout concernant le groupe A (enfant « insécure anxieux-évitant »). De nombreux auteurs ont en effet supposé que ces enfants, considérés comme anxieux, peuvent au contraire être appréciés comme appartenant à une forme d'attachement socialement désirable. Pour Ainsworth qui a observé ces enfants à domicile, ils sont en réalité loin d'être indépendants et se montrent beaucoup plus colériques, difficiles, supportant mal la séparation. Tout se passe comme si, lors de cette situation d'observation, ces enfants répriment leurs émotions et leur besoin de réconfort (Pierrehumbert, 2003). D'autres études ultérieures sont venues renforcer son hypothèse : il a été notamment mis en évidence que ces enfants, qui ne montrent pas d'anxiété en apparence, présentent des taux de cortisol salivaire qui restent élevés beaucoup plus longtemps que chez les enfants sécures (Nachmias *et al.*, 1996).

La répartition des 3 groupes A, B et C, à partir des innombrables études menées sur des

populations normales, est globalement identique à celle retrouvée initialement par Ainsworth soit environ 65% de sécures, 21% d'insécures évitants et 14% d'insécures ambivalents.

De nombreuses études, confirmées par une méta-analyse (Van Ijzendoorn, 1997), ont de plus montré une très faible corrélation entre les types d'attachement au père et à la mère. Celles-ci viennent renforcer l'idée selon laquelle les comportements observés dans la Situation étrange traduisent bien la qualité d'une relation particulière due à son histoire plutôt qu'une « caractéristique » de l'enfant lui-même.

d. Mary Main et l'attachement « désorganisé »

Un quatrième groupe d'enfants (groupe D) a été décrit beaucoup plus récemment par l'équipe de Main (Main *et al.*, 1985) : l'attachement « insécure anxieux désorganisé ou désorienté ». Ce groupe correspond à des enfants qui, soumis à la Situation étrange, présentent des comportements atypiques et ne rentrent véritablement dans aucune des 3 catégories proposées par Ainsworth (cannot classify) ; il représente environ 15% des enfants.

Mary Main a décelé chez eux des particularités communes, notamment des comportements contradictoires ou incompréhensibles (simultanément ou dans leur succession) et des indices de stress ou des signes de peur de la figure d'attachement. Elle a donc supposé que leurs stratégies habituelles sont mises en échec lors de cette mise en situation protocolaire et que cela doit leur rappeler une expérience confusionnante. En d'autres termes, son hypothèse suggère qu'un enfant confronté à cette expérience spécifique (qui peut lui rappeler par exemple une expérience traumatique) ne peut utiliser sa figure comme base de sécurité car celle-ci soit lui fait peur, soit répond à son anxiété en y ajoutant la sienne ce qui suscite chez lui une inquiétude accrue et l'empêche de désactiver son système d'attachement par ses stratégies habituelles. L'enfant se retrouve alors dans une situation paradoxale, que l'on peut qualifier aussi de « conflit d'attachement », car le parent censé être une source de sécurité joue à la fois, de façon inattendue, le rôle de stimulus d'alarme. L'émergence dans ce contexte de comportements contradictoires, incohérents, s'explique alors par l'effondrement des stratégies comportementales habituellement déclenchées par la peur (que nous allons décrire de façon plus exhaustive ultérieurement) : l'enfant ne peut en effet ni s'approcher du parent (stratégies sécure ou ambivalente), ni détourner son attention en raison du danger ressenti (stratégie évitante), ni fuir, étant donné qu'il n'a nulle part où aller (Main *et al.*, 1990).

Des chercheurs ont montré que, dans plus de 75% des cas, ces enfants ont des mères qui présentent elles-mêmes des signes de désorganisation, souvent à l'issue de deuils ou de traumatismes non résolus (Eichberg, 1987 ; Crittenden, 1988 ; cités par Miljkovitch, 2001). Or, ces mères désorganisées peuvent adopter dans certaines situations un comportement « frightened/frightening » (effrayé/ effrayant) à l'égard de leur enfant, soit en le maltraitant, soit simplement parce qu'elles ont elles-mêmes été traumatisées ou victimes d'abus, et qu'au quotidien, des indices leur rappelant ces événements les mettent dans un état d'appréhension. Leurs comportements dans ce contexte ne sont pas dus à la relation avec l'enfant, mais aux souvenirs qui leur sont associés. L'angoisse qu'elles ressentent à ce moment-là est transmise à l'enfant s'il se trouve en leur présence. Ainsi, ces comportements inadaptés seraient responsables de la désorganisation de l'enfant observable lors de la Situation étrange (Schuengel *et al.*, 1999). Ceci vient en accord avec les intuitions cliniques exposées par Selma Fraiberg dans son célèbre ouvrage « Fantômes dans la chambre d'enfants » (1999) où les fantômes du passé peuvent altérer l'instauration d'une relation de qualité entre une mère et son enfant.

D'autres situations à risque ont également été mises en évidence comme pouvant entraîner de la désorganisation chez un enfant. On retrouve par exemple l'existence de conflits majeurs entre les parents surtout lors de violences physique, mais également la maladie mentale parentale tels qu'un épisode dépressif majeur, un trouble bipolaire ou encore une dépendance à l'alcool sévère. En effet, ces troubles sont potentiellement sources de retrait parental, de comportement intrusif, de communication parentale inadaptée ou bien encore de confusion des rôles (Lyons-Ruth *et al.*, 2004).

e. La construction des stratégies relationnelles d'attachement

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'enfant dès la naissance disposerait d'un répertoire de comportements d'attachement pour solliciter ou maintenir sa mère auprès de lui. Se rendant compte que celle-ci, absente, peut revenir, il doit développer des stratégies visant à promouvoir l'attachement, c'est-à-dire des stratégies adaptées aux différentes réponses maternelles lui permettant de gérer ses affects. Ces stratégies comportementales mises en oeuvre par l'enfant varieraient donc en fonction des attentes qu'il a de la « disponibilité » de sa figure d'attachement, à savoir son accessibilité et sa disposition à interagir favorablement (Bowlby, 1973).

Main a proposé les notions de « stratégies primaires » et de « stratégies secondaires » pour distinguer les comportements variables de l'enfant en fonction de la confiance qu'il porte dans la disponibilité de sa figure d'attachement (Main, 1990). Selon elle, les stratégies primaires correspondent aux comportements innés d'attachement et sont le reflet d'une confiance globale dans la disponibilité de son *caregiver* : l'enfant se sent en sécurité, on dit qu'il est sûr. Les stratégies secondaires sont, quant à elles, mobilisées en cas d'échec de ces premières. Celles-ci consistent en une réduction (stratégies de « minimisation ou d'inhibition ») ou une accentuation (stratégies de « maximisation ou d'hyperactivation ») des comportements d'attachement, permettant à l'enfant d'augmenter ses chances d'obtenir la proximité et le réconfort de sa mère, mais au prix d'une anxiété renforcée : l'enfant devient anxieux, on dit qu'il est insécure.

L'inhibition des comportements serait favorable à l'attachement lorsque la mère ne supporte pas les demandes affectives de l'enfant, provoquant à l'inverse un rejet avec le désir de s'éloigner. Les stratégies de minimisation développées par l'enfant auraient alors pour effet de le soulager, et faciliteraient un rapprochement avec lui. L'attachement ainsi développé envers sa mère est qualifié d'insécure « anxieux/évitant ». À l'inverse, un enfant ayant repéré que le réconfort ne peut être obtenu que s'il manifeste une détresse importante, aura tendance à augmenter progressivement ses signaux et à se focaliser sur les aspects alarmants de l'environnement mettant un frein à son exploration. L'attachement est qualifié d'insécure « anxieux/résistant ou ambivalent » (Miljkovitch, 2001).

Il arrive malgré tout que l'enfant échoue dans sa tentative de s'adapter au parent et d'élaborer une stratégie d'attachement cohérente. On parle alors de désorganisation (Main *et al.*, 1988) qui correspond, comme nous l'avons antérieurement décrit, à un conflit entre deux stratégies incompatibles. Les stratégies secondaires doivent être considérées comme des stratégies adaptatives et donc non pathologiques en soi, même si elles induisent plus de stress et d'anxiété. Par contre la désorganisation apparaît pour de nombreux chercheurs (Carlson, 1998 ; Dozier *et al.*, 1999) être directement en cause dans l'émergence de troubles psychopathologiques, et doit donc être systématiquement recherchée.

f. Stratégies d'attachement et régulation émotionnelle

Pierrehumbert (2003) a proposé une formulation généralisée du concept de stratégies d'attachement en terme de régulation émotionnelle. La finalité est de permettre l'intégration des comportements d'attachement observables lors de la Situation étrange, et des représentations d'attachement évaluables par l'entretien d'attachement chez l'adulte (AAI) que nous allons décrire ultérieurement.

Selon lui, la stratégie primaire consiste en un modèle équilibré de l'activation et de la désactivation émotionnelle. Par exemple, face à une séparation qu'elle soit réelle ou anticipée, l'individu a un libre accès à ses émotions ; il peut localiser la source de son anxiété et chercher du réconfort soit directement auprès des autres notamment pour les plus jeunes, soit par un travail mental (évocation, souvenirs, anticipation du retour, ...). Il peut donc affronter sereinement la séparation en contrôlant puis en désactivant son anxiété. La stratégie secondaire correspond, à l'inverse, à un modèle déséquilibré. Dans un cas, on observe une désactivation prématurée des émotions : l'individu détourne son attention des émotions et de ce fait coupe l'accès à l'information concernant les sources de l'anxiété. Dans l'autre cas, l'individu suractive la recherche d'informations relatives à son anxiété, ce qui entraîne l'irruption incontrôlable d'informations, de représentations, de souvenirs ; et donc le maintien d'un niveau d'anxiété élevé avec une demande exagérée de réconfort, c'est-à-dire une situation d'hypervigilance émotionnelle.

Son modèle soutient l'idée d'une transmission intergénérationnelle de régulation des émotions, celles-ci étant transmises essentiellement par les parents. Les interactions avec la figure d'attachement principale représentent pour l'enfant un premier modèle de régulation des émotions : la façon dont le parent répond à l'éveil des émotions de l'enfant, la façon dont il gère son excitation, dont il désigne les affects qui sont partageables, acceptables ou ceux qui doivent au contraire être tus, réprimés, constituent autant d'informations guidant l'enfant dans la régulation de ses émotions. Il ajoute cependant que les rencontres avec d'autres partenaires au cours de la vie, si elles vont mettre en jeu initialement le modèle de régulation de l'enfant, vont pouvoir modifier en retour ce modèle par des interactions différentes. Ainsi, Pierrehumbert avance l'idée que les catégories d'attachement ne représentent qu'un aspect particulier des modalités générales de la régulation émotionnelle. En d'autres termes, les stratégies secondaires d'attachement représenteraient des cas spécifiques de régulation des émotions, dont les extrêmes pourraient mener à des conduites désadaptées telles que des conduites de dépendance.

g. Tempérament, attachement et sensibilité maternelle

Jusque dans les années 80, les deux courants de pensée (attachement et tempérament) qui s'intéressaient au développement émotionnel, l'un à partir des interactions avec la mère (l'attachement est « socioémotionnel »), l'autre à partir des expressions émotionnelles du nourrisson, se sont développés indépendamment (Balleyguier, 1998). Puis les premières confrontations sont apparues. En 1985, Sroufe a réagi vivement à l'annonce de 3 articles qui suggéraient que la qualité de l'attachement reflétait surtout le tempérament de l'enfant ; celui-ci estimant au contraire que l'attachement est le résultat des interactions relationnelles entre mère et enfant, tandis que le tempérament est dû à des caractéristiques innées (Sroufe, 1985). Il rappelle d'ailleurs que l'enfant ne s'attache pas de la même manière à ses deux parents et qu'il exprime ainsi la qualité de la relation et non son tempérament. Depuis, la controverse s'est développée entre les tenants des deux positions suscitant de nombreuses recherches.

Aujourd'hui, il semble probable que le tempérament et les représentations parentales soient en constante interaction. Si le tempérament ne renvoie pas à la même notion que l'attachement, il joue certainement un rôle dans la manière qu'à l'enfant d'exprimer son insécurité en raison de l'effet qu'il a sur les attitudes parentales. Lorsqu'un nouveau-né est très irritable, difficile à consoler, et que la mère manque de soutien social, le risque pour un enfant de développer un attachement insécurisé est augmenté (Crockenberg, 1981 ; Van den Boom, 1989), et ce d'autant que les conditions socioéconomiques sont défavorables (Crockenberg, 1986). Ces auteurs ont supposé que cet effet serait dû à un manque de sensibilité maternelle et non à une détermination génétique comme certains pouvaient se hâter de conclure.

Van den Boom a confirmé cette hypothèse en 1994 en menant une étude longitudinale uniquement sur des nouveaux-nés très irritables de niveau socioéconomique faible. Elle a séparé deux groupes expérimentaux auxquels elle a proposé des séances d'intervention entre 6 et 8 mois, et les a comparé aux deux groupes contrôles ayant seulement des séances d'observation. Ces interventions ont visé à rendre la mère plus sensible aux signaux même faibles de son enfant et leurs interactions plus positives. La Situation étrange réalisée à 13 mois a confirmé en effet que les enfants des groupes d'intervention ont un attachement plus souvent sécurisé, tandis que ceux des autres groupes ont un attachement plus souvent insécurisé (plutôt de type A). Ces résultats apparaissent comme durables. Le suivi de ces enfants jusqu'à l'âge de 42 mois (évalué par la Situation étrange à 18 mois et par le *Q-sort* à 42 mois) montre en effet que l'attache-

ment reste plus souvent sécurisé chez les enfants des groupes expérimentaux que pour ceux des groupes contrôles. A cet âge, les enfants des groupes d'intervention ont également moins de troubles du comportement et des relations plus positives avec les autres (Van den Boom, 1995). Ceci laisse donc entrevoir la spirale des interactions se mettant en place lors des premiers mois de vie : la mère réagit au tempérament du nouveau-né, ce qui oriente leurs échanges ; la qualité de leur relation agit sur la qualité de l'attachement, qui elle-même influence aussi le tempérament ou plutôt son expression émotionnelle, très modifiable pendant les premières années. En somme, l'enfant peut favoriser par son comportement un « parentage » (traduit de l'anglais « parenting ») plus ou moins sensible et déterminer, dans une certaine mesure, sa propre sécurité d'attachement (Miljkovitch, 2001).

h. Les modèles internes opérants

Dès les premiers mois de vie, les nourrissons intériorisent des modèles de relations tirés de leurs expériences avec leur entourage familial. Les comportements qu'ils manifestent et que l'on peut observer de façon expérimentale lors de la Situation étrange (au moment des retrouvailles en particulier), correspondent aux attentes de ce qu'ils ont pu intégrer de la réponse de leur figure d'attachement dans des situations de stress équivalentes (disponibilité, réponse à leur demande de réconfort, soutien de l'ouverture vers l'extérieur,...). Pour désigner ces modèles d'interactions intériorisés, Bowlby (1969) a proposé le concept de « modèles internes opérants » (ou MIO).

Le nourrisson qui au départ n'a pas les capacités cognitives suffisantes pour construire des structures symboliques, intériorise les séquences d'événements grâce à la mémoire procédurale. Cet apprentissage lui permet d'adapter ses comportements à la lumière des expériences passées. Ces modèles internes opérants sont appelés « sensori-moteurs » ou « procéduraux ». En grandissant, l'enfant acquiert la capacité de former des représentations mentales qui l'aident dans sa compréhension, son interprétation et son anticipation des comportements de son entourage. Ces modèles internes opérants sont dits « représentationnels ». Au travers de ces modèles, l'enfant est lui-même progressivement influencé dans sa façon d'interagir avec ses proches : c'est le début du partenariat corrigé quant au but qui va perdurer tout au long de sa vie. Cependant pour Bowlby (1980), après une période d'ajustement du modèle aux interactions vécues, les

nouvelles expériences sont assimilées au modèle existant, même si la correspondance est imparfaite. C'est ce qu'il appelle l' « exclusion défensive ». Ceci a pour conséquence qu'une fois le modèle installé, la lecture des événements de vie est teintée des expériences antérieures (Miljkovitch, 2001) ; l'individu a alors tendance à percevoir les événements à travers le filtre de ce qu'il a déjà connu. Il existe donc, selon lui, une certaine reconstruction des événements qui ont eu lieu. Même s'il admet la possibilité d'un changement, il a entrevu dans ce processus un mécanisme de stabilité des expériences relationnelles.

Ces modèles internes, s'ils concernent les relations avec les proches, sont également intimement liés à l'image que l'individu se fait de lui-même. D'après Bretherton (1990), si l'enfant a fait l'expérience d'une (ou plusieurs) figure(s) d'attachement distante(s) et froide(s) pour de multiples raisons, il peut s'être construit un modèle de l'autre rejetant, accompagné d'un modèle de soi déprécié : le modèle d'une personne peu digne d'être aimée. Si à l'inverse, il a fait l'expérience d'une (ou plusieurs) figure(s) d'attachement sources de réconfort et de soutien, son modèle de l'autre aimant s'accompagnera d'un modèle de soi valorisé : le modèle d'une personne méritant d'être soutenue et aimée. Les modèles internes sont ainsi composés de deux modèles complémentaires, l'un de la figure d'attachement et l'autre de soi, dans la relation avec cette figure.

Si ces deux modèles sont facilement applicables chez l'enfant, la question de leur devenir chez l'adolescent et l'adulte est beaucoup plus complexe. En effet, l'idée que les différents modèles internes opérants de l'enfant se généralisent en un seul schème de fonctionnement semble assez réductrice, surtout lorsque l'enfant a vécu des relations extrêmement différentes dans son entourage proche. Par ailleurs, bien que fondamentaux, les MIO constitués au cours des premières interactions ne sont pas inéluctables.

Deux concepts principaux ont été énoncés face à cette question de la pluralité des MIO. Il s'agit de la notion d'« état d'esprit » général quant aux relations d'attachement de Mary Main et du « méta-modèle » de Crittenden (Miljkovitch, 2002). Le concept énoncé par Main suppose qu'un seul modèle de l'enfance soit retenu, ceci confirmant l'idée de Bowlby (1958) selon laquelle toutes les relations sont calquées sur le modèle de la relation avec la figure d'attachement principale. L'autre alternative est que les différents modèles développés durant l'enfance

fusionnent en un seul, l'enfant faisant alors le compromis entre les modèles de ses diverses relations d'attachement. Il apparaît aujourd'hui de plus en plus probable, comme le souligne Bretherton (1985, 1998), qu'un individu a autant de « soi sociaux » que de relations, mais celle-ci soulève alors très justement la question de savoir comment un sentiment de soi peut émerger dans de telles circonstances. La conceptualisation de Crittenden (1990) d'un « méta-modèle », intégrant à la fois un modèle généralisé et des sous-modèles spécifiques d'une relation donnée, nous semble y apporter un élément de réponse. En effet, grâce à une telle structure, l'individu peut à la fois se constituer une identité propre et réagir à autrui de façon « avertie ».

La question de la stabilité et de la pluralité des MIO est par ailleurs essentielle car elle revient à se demander si l'on reproduit les mêmes schèmes interactifs tout au long de sa vie, ou si l'on peut établir de nouveaux modes de relation. Pour ce qui est du changement, il apparaît probable qu'une fois un modèle interne mis en place, il reste inscrit définitivement dans la mémoire de l'individu. En revanche, l'intégration de nouvelles informations module certainement la tendance de ce modèle à « opérer » (Bretherton, 1990). On pourrait donc supposer que si un modèle interne opérant est « revisité », grâce à un contexte sécurisant (par exemple, à l'occasion d'une psychothérapie), les contraintes que l'individu s'impose pour se protéger contre le sentiment de vulnérabilité ne seront plus nécessaires et qu'il pourra s'en dégager. Cependant, si de nouveaux MIO peuvent s'élaborer, assurant ainsi à l'individu un fonctionnement mieux adapté à la situation présente, les anciens modèles internes continuent d'exister et sont susceptibles d'être activés dès lors qu'une expérience vient les réactualiser, confirmant une fois de plus leur pertinence.

i. Evaluation de l'attachement chez l'adulte

Il existe plusieurs outils d'évaluation de l'attachement à l'âge adulte tous issus de la théorie de l'attachement mais liées à des modalités théoriques nées de trajectoires différentes. Les premiers sont nés directement des travaux sur la petite enfance et la parentalité à partir de la Situation étrange de Ainsworth, décrit précédemment ; les deuxièmes, plus tardifs, ont été élaborés à partir des travaux des psychosociologues intéressés à la description des systèmes d'équivalence fonctionnelle du système d'attachement à l'âge adulte, comme Bowlby invitait à le faire (Perdereau *et al.*, 2006).

– Outils d'évaluation issus de la Situation étrange :

L'*Adult Attachment Interview* (AAI) est un entretien semi-structuré, élaboré par Mary Main et ses collaborateurs au début des années 80, ayant pour but de cerner l'état d'esprit actuel de la personne à l'égard des expériences relationnelles de l'enfance. Il a été imaginé suite à des travaux de recherche ayant constaté que l'état d'esprit actuel d'un parent vis à vis de ses propres relations d'attachement est corrélé au comportement de l'enfant envers ce même parent à la Situation étrange. Cet entretien explore les relations avec ses figures parentales (souvenirs et évaluation actuelle), ses réactions autour d'expériences de séparation, de deuils ou d'éventuels abus ou rejets que le sujet aurait subis, ainsi que ses attitudes envers ses propres enfants (Main *et al.*, 1985).

Dans la construction de son outil, Mary Main, linguiste avant de devenir psychologue, a repris les idées de Bowlby sur la structure des modèles internes opérants, en opposant les représentations sémantiques aux représentations plus proches de la mémoire épisodique. Ainsi, elle a fait l'hypothèse que le degré de concordance entre ces deux types de représentations permet de juger de la cohérence du modèle représentationnel du sujet (en partant cependant d'un présupposé important, celui qu'un individu adulte posséderait un seul et unique modèle interne). Le codage de l'interview ne prend donc pas uniquement en compte le contenu du discours qui ne permettrait que d'approcher l'aspect sémantique des modèles internes, mais également les qualités intrinsèques du narratif, telles que sa cohérence, l'irruption de colère mal contenue, le blocage du souvenir. La cohérence du discours est prise comme un indice de sécurité.

L'AAI permet ainsi de déterminer quatre catégories d'état d'esprit actuel vis à vis de l'attachement : sécuritaire, détaché, préoccupé et non résolu/désorganisé (George *et al.*, 1996).

-Les sujets ayant un état d'esprit actuel « sécuritaire/autonome » font un récit cohérent de leurs expériences passées et de leur enfance sans se laisser déborder par les émotions liées à leurs souvenirs. Ces sujets valorisent en général les relations affectives, familiales ou amicales, sans en être complètement dépendants.

– Les sujets ayant un état d'esprit actuel « détaché » se montrent au contraire globalement indifférents, désengagés émotionnellement à l'égard de leurs expériences relationnelles. Ces personnes semblent n'avoir qu'un accès limité aux souvenirs, tout en

offrant un portrait « normalisé », voire idéalisé, de leurs parents.

- L'état d'esprit actuel « préoccupé » décrit des personnes plutôt confuses, restituant une image incohérente de leur passé du point de vue des expériences relationnelles. Elles ne peuvent se focaliser sur les questions posées durant l'entretien, et leur récit est souvent digressif. Leurs pensées semblent accaparées dans leurs expériences passées et dans leurs relations avec leurs parents ; il arrive d'ailleurs assez fréquemment qu'elles ne parviennent pas à contenir une colère encore très actuelle à leur égard, et ceci parfois dans un climat d'ambivalence qui dénote une dépendance relationnelle.
- La catégorie « non résolu-désorganisé » caractérise des personnes ayant souffert de traumatismes, d'abus ou de deuils irrésolus, et dont le discours se désorganise à l'évocation de ces expériences. En d'autres termes, ces personnes ne parviennent pas à une élaboration mentale qui leur permette de reprendre une certaine distance émotionnelle à l'égard de ces événements.

Ces 4 catégories sont fortement corrélées aux 4 types d'attachement décrits pour la Situation étrange, soit respectivement sécure, anxieux-évitant, anxieux-résistant ou ambivalent, et désorganisé ou désorienté (corrélations démontrées par de nombreuses études indépendantes), leur distribution dans la population générale étant quasi identique.

Les autres outils issus de la Situation étrange sont en fait des variantes de L'AAI. Les plus utilisés en recherche sont : le Q-Sort, élaboré par Kobak (1993), qui utilise deux dimensions évaluant les stratégies émotionnelles en lien avec la régulation des affects et les représentations de l'attachement : sécurité-anxiété et désactivation-hyperactivation ; et l'*échelle de la fonction réflexive*, développée par Fonagy (1991,) qui évalue la capacité d'un adulte à comprendre ses propres intentions, ses propres motivations, ainsi que celles des autres.

- Outils d'évaluation issus du courant psychosocial

Ces outils évaluent l'attachement à partir des relations aux parents, aux pairs, à partir des relations actuelles, ou tentent de définir de façon plus spécifique des styles d'attachement. Ils se divisent essentiellement en auto-questionnaires (outils les plus utilisés) ou en entretiens semi-structurés développés à partir des différents modèles théoriques (Perdereau,

2006).

Nous nous proposons d'en décrire brièvement deux qui nous apparaissent particulièrement intéressants et qui seront cités à nouveau ultérieurement : le Modèle de Hazan et Shaver et le Modèle de Bartholomew.

Hazan et Shaver (1987) ont développé un questionnaire original étudiant le système d'attachement à travers les relations de couple : l'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ). Celui-ci comporte trois propositions décrivant succinctement les comportements et les sentiments concernant la façon de se percevoir dans ses relations amoureuses et interpersonnelles. Chacune correspond aux trois catégories (sécure, évitant, anxieux-ambivalents) de la Situation étrange. Le sujet doit choisir une des propositions qui définit son pattern d'attachement. Cependant, si cet outil s'est révélé d'un intérêt non négligeable de par sa facilité d'administration, il a montré une mauvaise stabilité dans le temps. Certaines modifications ont donc été apportées pour tenter d'y remédier : soit en demandant au sujet d'évaluer pour chacune des trois propositions la ressemblance avec sa façon de ressentir sa relation aux autres, soit en décomposant les trois propositions en autant d'items nécessaires (questions secondaires). La répartition entre les trois catégories rejoint les proportions déjà connues : 55% pour les « sécures », 25% pour les « évitants » et 20% pour les « anxieux-ambivalent ». Concrètement, les personnes sécurisées ont des relations plus durables, sont moins souvent divorcées, et sont celles qui ont le moins de problèmes au travail ; les personnes évitantes tendent à mettre en doute la réalité même de l'amour, sont souvent des « accros » du travail, privilégiant leur activité professionnelle au détriment de leur vie personnelle dans un climat le plus souvent d'insatisfaction globale ; quant aux personnes ambivalentes, elles tendent à tomber facilement amoureuses, sont surimpliquées dans leurs relations et sont les plus perturbées dans leur travail par des préoccupations personnelles.

Bartholomew (1991) a conceptualisé un modèle de l'attachement chez l'adulte, (voir tableau ci-dessous), en considérant deux dimensions : « le modèle de soi » et « le modèle des autres », chacune d'entre elles pouvant être positive ou négative. Elle a construit à partir de celui-ci un auto-questionnaire : le *Relationship Questionnaire* (RQ), qui comporte quatre brefs paragraphes décrivant chacun en quelques phrases des modalités relationnelles correspondant à chaque catégorie d'attachement. Le sujet donne sur une échelle de

1 à 7 le degré de correspondance entre chacune des quatre propositions et sa façon d’être. Ces scores fournissent alors un profil d’attachement pour chaque individu.

TAB. 3 – Modèle à quatre catégories de l’attachement chez l’adulte selon Bartholomew (1991)

		Modèle de soi	
		Positif	Négatif
Modèle des autres	Positif	<p>Sécure</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bonne estime de soi – Confiance – Saine dépendance vis-à-vis d’autrui 	<p>Préoccupé</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anxiété dans les relations interpersonnelles – Désir d’être approuvé par les autres – Manque de confiance – Préoccupé par les relations
	Négatif	<p>Évitant détaché</p> <ul style="list-style-type: none"> – Évite l’intimité – Manque de confiance – Valorise l’indépendance – Valorise la réussite 	<p>Évitant craintif</p> <ul style="list-style-type: none"> – Faible estime de soi – Manque de confiance – Anxiété dans les relations interpersonnelles – Recherche le contact et l’intimité – Désir d’être approuvé par les autres – Solitude – Colère-hostilité

Elle a aussi créé par la suite le *Relationship Styles Questionnaire* (RSQ), constitué de 30 items en cinq degrés provenant de phrases issues à la fois du RQ et de l’*Adult Attachment Scale* (élaboré par Collins et Read (1990) à partir du questionnaire de Hazan et Shaver auquel ils ont ajouté des items liés aux aspects développementaux de la théorie de l’attachement). Ces différents items vont permettre de calculer un score pour quatre sous-échelles correspondant aux styles sécure, craintif, détaché et préoccupé.

B- Evolution et fonction de l'attachement à l'adolescence

I- L'adolescence : une période de grands bouleversements

L'adolescence est une période de transition, un passage entre l'enfance d'un côté et le statut d'adulte de l'autre. C'est donc une période de la vie où s'opèrent de profonds changements pour l'individu, tant sur le plan interne que sur le plan interpersonnel.

Ces bouleversements à la fois « corporels et psychiques » (Marcelli, 2004) comprennent :

- les transformations physiologiques/pubertaires qui vont bouleverser les représentations de l'adolescent concernant son schéma corporel, et vont lui permettre d'accéder à une sexualité et à la capacité de reproduction ;
- des changements émotionnels et cognitifs avec, en particulier, le développement d'une pensée abstraite et logique, ce qu'en termes piagétiens l'on appelle les « opérations formelles ». La pensée se libère du concret, et l'adolescent devient capable de raisonner de façon formellement correcte sur des hypothèses. Il lui devient alors possible d'examiner les conséquences découlant nécessairement de ces hypothèses, c'est à dire d'élaborer une pensée hypothético-déductive ;
- des transformations de la nature des relations avec les pairs et les parents, celles-ci étant intimement liées aux changements cités ci-dessus.

Ainsi, une des tâches essentielles de l'adolescence est d'acquérir une certaine autonomie et de pouvoir passer, en quelque sorte, d'enfant dépendant de ses parents à parent responsable de ses enfants (ou *caregiver*).

Explorer le monde, investir les relations avec ses pairs, notamment dans une quête amoureuse, sont parmi les éléments moteurs de cette recherche d'autonomie, qui lorsqu'elle s'acquiert permet un épanouissement individuel sans rupture au sein de la famille.

II- Attachement et adolescence : une menace pour l'autonomie ?

Du point de vue de l'attachement, l'adolescence va entraîner un certain nombre de modifications : internes, cognitivo-affectives, dans les relations avec les parents et les pairs, qui vont avoir un retentissement important sur le comportement d'attachement (Atger, 2002).

Les comportements de l'adolescent vis-à-vis de ses figures d'attachement peuvent apparaître fortement contradictoires, si on ne les examine pas sous l'angle des changements développementaux liés au processus d'adolescence. En effet, l'adolescent semble engagé dans une fuite active de ses relations d'attachement aux parents qu'il revendique parfois haut et fort au nom de l'indépendance et de la quête d'autonomie. Il donne le sentiment que ses liens d'attachement constituent une contrainte et le restreignent dans ses efforts d'autonomisation. Cependant de nombreux travaux montrent que cette autonomisation est d'autant plus aisée lorsque l'adolescent entretient des relations sécurées avec ses parents, relations qui vont d'ailleurs persister au delà de l'adolescence (Allen *et al.*, 1998). Ainsi, plutôt que d'être antinomique aux défis développementaux auxquels l'adolescent fait face, le système d'attachement, lorsqu'il est sécurée, semble jouer un rôle fondamental pour aider l'adolescent à les surmonter.

Pour acquérir cette autonomie nécessaire pour explorer le monde et satisfaire sa curiosité, le système motivationnel exploratoire de l'adolescent doit être stimulé. De la même manière, pour que l'adolescent puisse se tourner vers ses pairs, les systèmes motivationnels affiliatif et sexuel doivent être activés. Le corollaire à l'activation de ces systèmes motivationnels est, comme nous l'avons déjà décrit antérieurement, la désactivation du système d'attachement proprement dit. Ainsi, le système d'attachement, décrit chez l'enfant comme ayant pour but de maintenir une proximité avec sa figure d'attachement, semble constituer une menace dans la quête d'autonomie de l'adolescent. Pour autant, et comme le disait John Bowlby (1980), l'attachement est activé « du berceau à la tombe ». Il permet certes de maintenir la proximité avec sa figure d'attachement mais également le sentiment de sécurité interne, concept particulièrement d'actualité à l'adolescence, d'autant que celui-ci peut-être menacé par les modifications corporelles pubertaires. Ainsi, l'adolescent semble au premier abord être plongé dans une situation paradoxale : son système d'attachement lui est indispensable pour lui assurer un sentiment de sécurité interne, mais son activation, avec la proximité parentale qu'elle peut entraîner, peut menacer sa quête d'autonomie (Allen *et al.*, 1999). Pour certains, ce terme d' « autonomie » est souvent mal compris : « ce n'est pas se libérer des attaches ou de l'influence des parents, mais plutôt la capacité à s'auto-gérer et à s'auto-réguler ; ce qui ne commence ni se termine à l'adolescence » (Hill *et al.*, 1986).

III- Concepts utiles à l'adolescence

a. Réaménagement de la distance avec les figures d'attachement primaires

Le développement des capacités cognitives et émotionnelles à l'adolescence, notamment l'acquisition des opérations formelles (Keating, 1990), permet une intégration plus globale des multiples modèles des relations d'attachement depuis l'enfance, et l'émergence d'un nouvel état d'esprit, prédictif des comportements futurs dans de nouvelles relations d'attachement.

Ces nouvelles capacités, outre l'émergence d'une stratégie intégrée d'attachement (Main, 1985), entraînent l'accroissement de la différenciation de soi et des autres (Bowlby, 1973), et permettent d'avoir une vue plus cohérente de soi comme existant en dehors des interactions avec le *caregiver*. Les représentations de soi dans les relations d'attachement peuvent ainsi devenir plus internes et moins centrées sur une relation particulière. Par exemple, si avant l'adolescence un enfant peut se représenter de multiples expériences d'attachement divergentes, mais sans pouvoir les relier entre elles (par exemple : « ma mère m'aide toujours à me sentir mieux » et « mon père m'ignore quand je me sens mal »), l'adolescent au contraire peut élaborer des propositions plus intégrées, telles que « je peux obtenir de l'aide quand j'en ai besoin, de certaines personnes, mais pas de tout le monde, donc je dois faire attention aux personnes dont je me rapproche » (Main, 1991).

Pour Zimmermann (2002), ces transformations font partie du processus plus général du développement identitaire, et vont conduire l'adolescent à prendre conscience des éventuelles défaillances de ses parents dans leurs réponses aux besoins d'attachement. Cette reconnaissance implique aussi la possibilité d'imaginer que d'autres relations peuvent satisfaire de façon plus adéquate ses besoins d'attachement que ne le fait la relation actuelle avec ses parents. Cette prise de conscience est un moment crucial : « Bien que ce processus puisse amener un adolescent à être encore plus préoccupé et en colère, ou encore plus évitant par rapport à ses parents, il conduit idéalement à une plus grande ouverture, une plus grande objectivité et une plus grande souplesse dans l'évaluation de ses relations d'attachement passées », qui sont les caractéristiques d'une organisation sécurisée de l'attachement à l'adolescence ou chez le jeune adulte (Kobak *et al.*, 1994).

Par ailleurs, l'accroissement des capacités cognitives va permettre une plus grande sophis-

tion dans la gestion du « partenariat corrigé quant au but »¹ (« goal-corrected partnership ») avec chaque parent, l'adolescent étant alors capable de tenir compte des points de vue, désirs et objectifs de l'autre, et de les mettre en relation avec ses propres pensées, besoins et désirs. Cette sophistication du partenariat entre parents et adolescents permet de mieux comprendre l'apparente baisse du recours aux parents comme figure d'attachement. Ce changement reflète le fait que l'adolescent devient moins dépendant de ses parents sur différents plans, ce qui ne signifie pas que cette relation soit devenue moins importante pour assurer son sentiment de sécurité interne (Atger *et al.*, 2003). La capacité à fonctionner avec une autonomie cognitive, sociale et émotionnelle vis-à-vis de ses parents, reconnue comme une tâche développementale primordiale de l'adolescence (Collins, 1990), ne se fait pas dans un contexte d'isolement mais au contraire de relation proche avec ses parents. Une étude menée par Becker-Stoll et Fremmer-Bombick en 1997 (Allen *et al.*, 1999) a montré dans ce sens que la sécurité pendant l'enfance est plus prédictive de la qualité d'autonomie et de la capacité à entrer en relation de l'adolescent, qu'elle ne l'est de la sécurité de l'attachement à l'adolescence évaluée par un entretien.

Il est d'autre part essentiel de se souvenir que l'adolescence est une période où le système d'exploration, doit être hautement activé pour permettre notamment le développement social. L'accent mis par Bowlby sur la balance entre attachement et système d'exploration éclaire donc particulièrement cette période de la vie : les comportements de recherche d'autonomie de l'adolescent peuvent être vus comme faisant partie du système d'exploration et donc ne peuvent s'épanouir que si le système d'attachement est au minimum d'activation. On est assez proche de ce qui se passe chez l'enfant, avec toutefois la différence que la pression vers l'autonomisation est plus intense, plus permanente et plus directement en compétition avec le système d'attachement. Ceci peut s'expliquer en partie à cause de l'accession à la sexualité, et par voie de conséquence à la sexualisation des liens aux parents avec la réactualisation de la probléma-

¹(Ce partenariat, qui se construit bien plus tôt dans le développement (Bowlby,1973), à partir de l'âge de 4 ans, se complexifie au fur et à mesure que l'enfant avance en âge et va jouer un rôle majeur dans la négociation des conflits entre parents et adolescents. Il est important de ne pas oublier le rôle et la place du *caregiver* dans ce partenariat qui, comme son nom l'indique, implique la participation active des 2 partenaires. Le partenariat peut, en effet, être aussi mis en échec du côté des parents, ce qu'il apparaît indispensable de reconnaître, pour ne pas stigmatiser encore davantage l'adolescent parfois désigné comme le symptôme unique d'une problématique familiale élargie.)

tique oedipienne, se traduisant par le fantasme de « l'inceste possible » (Marcelli, 2004). Cette irruption de la sexualité constitue un moteur important dans la quête de l'autonomie tant du côté des parents, dans le sens d'un éloignement, que vis-à-vis des pairs, dans le sens cette fois d'un rapprochement. Une relation positive avec ses parents peut alors fournir une base soutenable, à partir de laquelle l'adolescent va pouvoir accroître à la fois des sentiments positifs de lui-même et des capacités à agir de manière responsable et indépendante. En effet, l'adolescent, grâce à ses nouvelles capacités cognitives peut faire face aux influences contradictoires, entre attachement et exploration, conscient que ses parents restent disponibles lorsqu'il en a vraiment besoin, et peut donc s'éloigner en l'absence de stress majeur (Atger *et al.*, 2003).

b. Création de nouveaux liens d'attachement, l'influence des pairs

Si à partir de l'adolescence, les relations aux pairs vont servir essentiellement de fonction de socialisation en satisfaisant les besoins affiliatifs du sujet, elles vont également pouvoir représenter progressivement des figures d'attachement.

À ce propos, Ainsworth (1989) définit quatre caractéristiques qui distinguent les relations d'attachement des autres relations sociales :

- la recherche de proximité ;
- l'utilisation de la figure d'attachement comme une « base sécurisée » (exploration plus libre en sa présence) ;
- le recours possible à un comportement de refuge (une retraite vers la figure d'attachement s'il existe une menace perçue) ;
- une réaction marquée vis-à-vis de la séparation (protestations lors de séparations involontaires).

Ces caractéristiques de la relation d'attachement permettent de comprendre les raisons pour lesquelles les pairs dans l'enfance ne peuvent en aucun cas représenter des figures d'attachement ; elles expliquent également pourquoi c'est en général à la fin de l'adolescence que des relations à long terme impliquant les pairs (que ce soit des partenaires amoureux ou des amis très proches) se mettent en place, où ceux-ci jouent le rôle de figure d'attachement dans tous les sens du terme (Buhrmester, 1992).

Comme nous l'avons décrit antérieurement, la poussée vers l'autonomie à l'adolescence est

extrêmement puissante. Elle va donc exercer une forte pression pour utiliser les pairs comme figures d'attachement, de manière à satisfaire les besoins d'attachement tout en établissant une relation d'autonomie avec les parents (Steinberg, 1990). Dans cette perspective, l'adolescence est une période où les besoins d'attachement, loin de disparaître, sont progressivement transférés sur les pairs. Ce transfert implique de passer d'une relation d'attachement asymétrique [l'enfant reçoit l'attention d'une figure parentale protectrice] à une relation basée sur la réciprocité dans laquelle chacun offre et reçoit soutien et attention (Allen *et al.*, 1999). La composante sexuelle de certaines de ces relations va de plus apporter une motivation importante pour entrer en relation en suscitant des affects intenses, amenant une grande intimité, physique et psychologique, et offrant une histoire d'expériences uniques partagées. Celle-ci va prendre le pas sur certaines des nombreuses fonctions de la relation parent-enfant. Les expériences d'attachement antérieures et les modes d'organisation des pensées et des émotions en rapport avec l'attachement vont de leur côté modeler la nature des relations amoureuses (Hazan *et al.*, 1994).

c. Concepts de *Métacognition* et de fonction réflexive

– la Métacognition du système d'attachement de Mary Main

Elle permet de réévaluer ses modèles internes opérants de soi et des autres et représente ainsi une nouvelle possibilité de changement des représentations d'attachement (Kobak *et al.*, 1995). Celle-ci est possible grâce à la prise de distance émotionnelle avec ses parents au moment de l'adolescence, combinée à l'action de ses capacités cognitives, qui rappelle à l'adolescent que ses parents restent disponibles en cas de besoin.

Bowlby (1980), insiste sur le fait que la gestion des informations survenant à un niveau individuel avec les modèles internes opérants (MIO) de soi et, à un niveau interpersonnel, au travers des signaux et de la lecture des comportements des partenaires, s'effectue automatiquement, sans réflexion préalable. Lorsque les informations reçues sont en accord avec les MIO, les modèles restent bien adaptés et opèrent automatiquement. Par contre, si elles sont différentes, il existe un processus de réévaluation automatique qui nécessite un certain degré d'activité métacognitive (Kobak *et al.*, 2004). Pour rester opérants, les modèles internes doivent rester ouverts à une révision et à une mise à jour en réponse à de nouvelles informations. La persistance de modèles internes inadaptés, suite entre autres à un processus de métacognition défaillant, peut être source de problèmes et de difficultés

d'adaptation à l'adolescence.

– la fonction réflexive de Peter Fonagy

La fonction (ou conscience) réflexive est un concept développé par Fonagy et ses collaborateurs, issu de la théorie de l'esprit, qui intègre la sphère émotionnelle dans un contexte interpersonnel (Rabouam *et al.*, 2002). Elle réfère à la capacité des humains à percevoir et comprendre les états mentaux et affectifs des autres - intentions, émotions, pensées, désirs et croyances- pour donner du sens à leurs comportements, afin de pouvoir les anticiper (Slade, 2005). Cette conscience réflexive correspond donc à la mentalisation évaluée dans le contexte de l'attachement (Fonagy *et al.*, 1997).

Selon Fonagy et ses collaborateurs (1995), l'exploration concerne à la fois le monde physique et psychologique. Dès 18 mois, l'enfant commence à percevoir que les intentions et les motivations de sa mère sont différentes des siennes. Grâce aux interactions avec elle, l'enfant explore petit à petit les états mentaux de cette dernière. Lorsque les échanges avec celle-ci se font de manière sensible, l'enfant finit par comprendre qu'il est un être motivé par des croyances, émotions et intentions, puisqu'elle lui renvoie cette image (effet miroir), et il acquiert la capacité de nommer sa propre expérience et de la mettre en sens. Si par ailleurs celle-ci « contient » (selon l'expression célèbre de Winnicott, 1956) suffisamment les affects de son enfant, et qu'elle lui montre qu'ils n'ont pas un effet dévastateur sur elle ni sur sa relation avec elle, il parvient à tolérer sa détresse et, petit à petit, apprend à gérer et à nommer ses émotions par lui-même. À l'inverse, si celle-ci ne peut accommoder les affects difficiles de son enfant, car ils provoquent en elle un désarroi émotionnel, celui-ci est laissé avec un sentiment d'incompréhension qui met à mal sa capacité d'apprentissage et de gestion des émotions.

Cette capacité de conscience réflexive contribuerait donc de façon essentielle à « la régulation des affects, au contrôle des impulsions, à la maîtrise de soi et à l'expérience de l'organisation du soi » (Fonagy *et al.*, 1997), fonctions particulièrement mises en jeu à l'adolescence.

Si la fonction réflexive s'amorce dès la petite enfance, elle se développe de façon privilégiée au moment de l'adolescence grâce à l'acquisition de nouvelles compétences sur le

plan cognitif, et intervient dans la faculté qu'a l'adolescent de donner sens à ses émotions, en particulier négatives. Elle permet aussi d'appréhender la compréhension des comportements des parents confrontés à ces mêmes émotions chez leur adolescent.

d. Fonction du comportement d'attachement à l'adolescence

Au moment de l'adolescence, on peut supposer que c'est la fonction de régulation des émotions qui devient prioritaire, la survie à cette période de la vie n'étant plus l'enjeu essentiel, puisque l'adolescent n'est plus dans une situation de menace vitale (Allen *et al.*, 1999). Les parents doivent donc jouer à cette étape de la vie le rôle de base de sécurité émotionnelle, à partir de laquelle leur adolescent va explorer le large éventail des états émotionnels qui peuvent survenir au cours de son mouvement d'autonomisation. Dans cette perspective, leur dernière tâche essentielle en tant que *caregivers* est de soutenir les capacités de leur adolescent à faire face aux affects engendrés par l'apprentissage de l'indépendance. Aussi longtemps que l'adolescent doit s'appuyer sur ses parents pour réguler ses affects, les stratégies auxquelles il a recours ont une valeur adaptative pour s'accorder à celles de ses parents. C'est seulement lorsqu'il ne se repose plus essentiellement sur ses figures parentales dans la régulation de ses affects, qu'il peut développer une stratégie indépendante, potentiellement divergente (Atger, 2002).

La plupart des auteurs s'accordent aujourd'hui pour dire que la transition vers l'autonomie et le passage à l'âge adulte sont facilités par un attachement sécurisé et un partage émotionnel avec les parents (Moretti *et al.*, 2003).

e. Influence de l'organisation de l'attachement sur l'adolescence

Nous avons décrit jusqu'à présent comment le processus de l'adolescence peut influencer les comportements d'attachement à cette période de la vie. Mais, l'organisation de l'attachement peut-elle avoir, en retour, un impact sur le déroulement de l'adolescence ? Peut-elle agir sur les relations intrafamiliales, la qualité des relations aux pairs ?

– résolution des conflits intrafamiliaux

De nombreux auteurs s'accordent aujourd'hui pour dire que l'adolescence va se dérouler différemment selon le pattern d'attachement sécurisé ou insécurisé, et plus précisément selon le type de modèles internes opérants construits pendant l'enfance (Mackey, 2003).

À l'intérieur de la famille, des différences notables ont été mises en évidence entre les adolescents ayant un pattern d'attachement sécure et ceux ayant un pattern d'attachement insécure :

Chez l'adolescent sécure, on retrouve des manifestations plus souples d'équilibre entre la recherche d'autonomie et le besoin d'attachement, ainsi qu'une corrélation positive entre l'expression d'affects négatifs et l'engagement dans les interactions familiales (Allen *et al.*, 1994). Plusieurs études utilisant l'AAI pour évaluer l'attachement chez les adolescents ont d'ailleurs mis en évidence que les sujets sécures sont capables de discuter de manière plus constructive de sujets stressants en rapport avec l'attachement, que ceux classés insécures (Allen *et al.*, 1994 ; Kobak *et al.*, 1993). Quand ils ne sont pas d'accord avec leur mère, ces adolescents montrent moins de colère inadaptée, se concentrent davantage sur leurs efforts pour résoudre le problème. Ils n'évitent pas de s'y engager, ou n'entrent pas dans des querelles prolongées sur ces problèmes relationnels. Ceci vient conforter l'idée que les adolescents sécures ont globalement plus confiance dans le fait que leurs relations vont rester intactes et fonctionnelles malgré les désaccords.

À l'inverse, les adolescents insécures ont tendance à interpréter l'intervention de leur mère comme une attaque, ou à utiliser la discussion avec leur mère comme un moyen de faire pression sur elle. Ils évitent également de centrer leurs efforts pour résoudre ces tensions. D'autres études (citées par Allen et Land, en 1999, dans une revue de la question) pointent également dans ces familles un niveau de confiance plus bas dans les interactions, un niveau plus élevé de désengagement, de colère dysfonctionnelle augmentant le climat d'insécurité et nuisant à l'autonomie de l'adolescent. Plusieurs explications sont proposées par ces mêmes auteurs qui ne sont pas exclusives les unes des autres :

- l'évitement et les colères inadaptées observés dans les dyades insécures résultent peut-être du fait que les efforts d'autonomisation sont considérés comme représentant une menace pour le lien ;
- les adolescents insécures et leurs parents sont probablement débordés par les affects qui accompagnent les conflits. Bien que la plupart des parents et des adolescents puissent être gênés dans la gestion des conflits, ces dyades adolescents-parents insécures ont sans doute beaucoup plus de difficultés à exprimer leur malaise et leurs contrariétés

dans la relation d'attachement. Cela peut les laisser plus vulnérables par rapport à des sentiments de colère ou de blessure, et peut conduire les deux parties en conflit à s'éloigner rapidement d'une discussion raisonnée pour s'approcher d'une position de « combat ou de fuite » ;

- les adolescents insécures sont plus sensibles à la frustration puisqu'ils ont été habitués à ne pas pouvoir attendre une compréhension de leurs parents, dont la propre insécurité rend difficile l'ajustement à leur adolescent et à ses sentiments.

Une autre étude récente menée par Feeney et Cassidy (2003) à ce sujet apporte également des résultats intéressants :

81 adolescents (et leurs parents) ont été recrutés pour participer à des situations de conflits standardisées en laboratoire, avec leur mère, puis avec leur père. Le choix des situations de conflits a reposé sur des études antérieures qui ont montré que les différences de styles d'attachement, en réaction à des situations sociales, sont plus évidentes lors de conflits (qui par le stress enclenché activent le système d'attachement) que dans des interactions quotidiennes peu stressantes. L'évaluation a alors été basée sur la perception des interactions par les adolescents, immédiatement après la mise en situation puis, six semaines plus tard.

Les résultats indiquent que les perceptions immédiates des adolescents sont influencées par leurs représentations d'attachement à leurs parents, et que les perceptions à distance (six semaines) se sont modifiées de façon encore plus congruentes à leurs représentations d'attachement. Ainsi, ceux ayant des représentations d'attachement sécurisée ont globalement des perceptions plus positives, moins négatives, et moins hostiles des interactions conflictuelles, perceptions qui deviennent encore plus positives à distance ; tandis qu'à l'inverse, les adolescents insécures gardent en souvenir des interactions plus négatives que ne l'étaient leurs perceptions initiales, elles-mêmes moins positives que chez les adolescents sécurisés. Ces résultats sont en faveur de la notion « d'exclusion défensive » soutenue par Bowlby (1980) : la perception d'expériences interpersonnelles est mémorisée à travers un filtre, qui dépend des représentations mentales préexistantes. Il existerait donc une certaine reconstruction des événements qui ont eu lieu.

Pour les auteurs de l'étude, les modèles internes opérants, aussi complexes et difficile-

ment évaluables dans leur globalité, influencent l'intégration de nouvelles informations concernant les relations interpersonnelles. Ils rappellent que Bowlby (1980, 1988), bien qu'il admît la possibilité d'un changement, voyait dans ce processus un mécanisme de stabilité des expériences relationnelles.

– qualité des relations aux pairs

Comme nous l'avons précédemment décrit, le transfert de la relation d'attachement des parents aux pairs est essentiel pour l'adolescent, car il lui permet de prendre la distance nécessaire avec ses figures parentales dans un mouvement d'autonomisation, tout en conservant une base de sécurité (notamment émotionnelle) pour faire face à la gestion de ses émotions négatives en situation de stress, non ou difficilement régulable de façon autonome. Ce transfert est possible grâce aux modèles internes opérants (MIO) que l'adolescent a développés durant son enfance avec ses figures d'attachement primaires (Bowlby, 1973 ; Sroufe *et al.*, 1986). Ces MIO influencent la gestion des informations portant sur la perception, l'interprétation, les attentes de soi et des autres, ainsi que la régulation émotionnelle et comportementale telle que la recherche de proximité auprès des pairs (Zimmermann, 1999). Ainsi, on peut donc supposer que la qualité de la relation de l'adolescent avec ses pairs est fonction de l'organisation de son attachement et de la nature de ses MIO.

Plusieurs études empiriques appuient cette hypothèse confirmant que le pattern de l'adolescent est associé à ses attentes et ses réponses envers ses pairs (Zimmermann, 2004 ; Allen *et al.*, 1999 ; Kobak *et al.*, 1988). Zimmermann, dans une étude menée en 2004, a examiné à la fois les représentations d'attachement (à partir de l'AAI) et les représentations des relations d'amitié envers les pairs (à partir d'un entretien) chez 43 adolescents. Il a montré des liens étroits entre ces deux types de représentations :

- les adolescents ayant des représentations d'attachement de type sécure ont de solides compétences sociales, une bonne intégration dans un groupe de pairs avec peu d'hostilité envers ceux-ci, ainsi que des capacités adaptées à la gestion des conflits notamment avec leur meilleur ami ;
- les adolescents ayant un état d'esprit évitant quant à l'attachement montrent plus d'hostilité envers les pairs, plus de solitude, moins de recherche d'aide, d'intimité, de proxi-

mité ou de soutien émotionnel, et ont globalement peu d'attente de confiance à l'égard de leurs pairs, en mettant à distance ceux qui seraient susceptibles de devenir des figures proches par dévalorisation des relations d'attachement ;

- les adolescents ayant des représentations d'attachement de type préoccupé ont quant à eux plus d'hostilité et d'anxiété dans la relation avec leurs pairs que les adolescents sécures, une faible capacité à réguler les conflits, des attentes fortes de proximité mais mal élaborées, avec des angoisses majeures dans la gestion de la relation proche.

Ainsi, d'une manière globale, la sécurité de l'attachement serait associée à une acceptation sociale et des relations aux pairs de bonne qualité, tandis que hostilité et manque de compétences sociales seraient reliés à une organisation insécure de l'attachement par suite de la distorsion des échanges résultant de l'organisation de leurs MIO.

Pour autant, avoir un attachement de type insécure avec ses figures d'attachement primaires n'est pas forcément incompatible avec le développement d'un attachement de type sécure avec l'un de ses pairs. En effet, l'acquisition de nouvelles compétences cognitives à l'adolescence favorise une certaine plasticité des MIO avec la possibilité de choisir le partenaire de sa relation d'attachement (contrairement aux figures parentales imposées), et donc de partager plus d'expériences positives avec lui (Furman *et al.*, 2001).

f. Evaluation de l'attachement chez l'adolescent

Comme nous l'avons vu chez l'adulte, on distingue deux catégories principales d'outils de mesure : ceux issus de la situation étrange et ceux issus du courant psychosocial. Ces différents outils sont tous nés d'une volonté de développer des outils de recherche permettant une réplique des études et leur conférant ainsi une certaine validité et rigueur scientifiques. Leur connaissance peut être intéressante chez le clinicien pour lui donner une orientation de l'état d'esprit vis-à-vis de l'attachement d'un adolescent et pour approfondir une approche psychopathologique « classique ». Cependant, elle ne doit pas conduire à tirer des conclusions trop hâtives quant au style d'attachement des patients. En effet, de nombreux auteurs (Hill *et al.*, 1986 ; Grossmann *et al.*, 1999) soulignent la difficulté à évaluer le profil d'attachement pendant l'adolescence. Une des hypothèses est que les adolescents ont tendance à exprimer verbalement leur désir d'indépendance, et à ne pas faire appel à leurs parents, alors qu'ils peuvent se com-

porter tout autrement, rendant l'évaluation compliquée (Allen *et al.*, 2003).

– outils d'évaluation issus de la situation étrange :

L'*Adult Attachment Interview* (AAI), qui évalue l'attachement au niveau des représentations chez l'adulte, a été adapté par une équipe italienne (Ammaniti, Candelori, Dazzi *et al.*) pour les enfants et les adolescents. Cette version revisitée de l'AAI a été nommée l'*Attachment Interview for Childhood and Adolescence* (AICA) (Ammanniti *et al.*, 2000). La structure de l'interview et la séquence des questions sont inchangées par rapport à l'AAI, mais le langage est simplifié, ajusté à l'âge, et des explications sont également ajoutées pour clarifier certaines questions et améliorer la coopération des participants. Certains critères ont été également adaptés dans leur retranscription, notamment ceux portant sur la cohérence du discours. En effet, celle-ci apparaît essentielle dans l'évaluation des représentations mentales de l'attachement des adolescents (Oppenheim *et al.*, 1997). Cette adaptation des réponses apportées par l'adolescent est, selon ces auteurs, indispensable pour se situer dans une nécessaire perspective développementale. Cet outil a montré une bonne stabilité dans le temps entre une évaluation à 10 ans et une seconde à 14 ans sur un échantillon de 31 adolescents filles/garçons. Cependant, il nous apparaît nécessaire de rappeler que si, d'une manière générale et au vu des différentes études longitudinales, la stabilité des catégories d'attachement entre celles déterminées par la situation étrange et celles reconstituées à partir de l'AAI chez le même enfant devenu adolescent paraît probable, elle reste néanmoins largement discutée.

Concernant le *Q-sort* de Kobak (1993) et l'*échelle de la fonction réflexive* de Fonagy (1991), variantes de l'AAI développés chez l'adulte, il n'existe que très peu de données concernant la validité de leurs applications chez l'adolescent.

– outils d'évaluation issus du courant psychosocial :

L'*Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA) est un questionnaire, développé par Armsden et Greenber (1987), qui évalue la sécurité ou plutôt la qualité perçue des relations actuelles de l'adolescent avec ses parents ou ses amis proches (en dehors de la relation amoureuse). Il porte sur trois dimensions de la relation de l'adolescent avec sa

mère, son père et ses pairs : le degré de confiance mutuelle, la qualité de la communication et le degré de colère et d'aliénation (Perdereau *et al.*, 2006). Ces 3 dimensions permettent de donner un indice de sécurité envers les parents ou les proches. Avec cet outil, la sécurité envers les parents n'est pas liée à celle envers les pairs.

L'Adolescent *Relationship Questionnaire* (ARQ) de Sharfe (1999) est une version pour adolescents du *Relationship Questionnaire* (RQ) développé par Bartholomew et Horowitz en 1991 (voir description dans l'évaluation de l'attachement chez l'adulte).

L'Adolescent *Relationship Scales Questionnaire* (ARSQ) de Sharfe (1999) est dérivé du *Relationship Styles Questionnaire* (RSQ). RSQ et ARSQ comportent plusieurs items sur les sentiments de l'individu à l'égard de son entourage et permet de coder soit avec l'un des 4 patterns (sécure, évitant, préoccupé, irrésolu), soit en utilisant les 2 dimensions (modèles de soi et des autres) sous-jacentes à ces patterns.

L'Adolescent *Unresolved Attachment Questionnaire* a été élaboré par West et ses collaborateurs (2000, cité par Perdereau *et al.*, 2006) pour évaluer les perceptions de soi et de la figure d'attachement qu'ont des adolescents ayant un attachement « non résolu/désorganisé ». Cet auto-questionnaire comporte 9 items répartis selon 3 sous-échelles que sont : échelle solitude/échec de la protection, échelle peur et échelle colère/dysrégulation. L'attrait particulier pour cet instrument s'expliquerait surtout par sa forte validité de convergence avec l'AAI.

Le *Ca-Mir*, ou Carte-Modèles individuels de relations est un auto-questionnaire écrit en français, facile d'utilisation, développé par Blaise Pierrehumbert et ses collaborateurs (1996). Il se présente en format Q-Sort et décrit des modèles individuels de relations. Destiné initialement aux adultes, il est cependant utilisable pour catégoriser le type d'attachement au sein d'une population d'adolescents.

IV- Synthèse

L'adolescence constitue une période charnière dans le développement de l'individu, durant laquelle se redéployent les enjeux de la première période de séparation-individuation. Elle se caractérise par des mouvements internes contradictoires -et leurs pendants relationnels- entre désir d'autonomie, d'indépendance, avancée vers l'âge adulte et besoin de protection, mouvements de régression. Cette avancée vers une nouvelle forme d'autonomie suppose une renégociation de la distance avec les objets primaires de l'enfance et explique l'intérêt croissant des chercheurs s'occupant d'adolescents pour la théorie de l'attachement. Celle-ci met en effet en balance besoin de sécurité et nécessité d'explorer le monde, et offre de fait un cadre conceptuel dynamique particulièrement fécond pour comprendre les plus ou moins grandes difficultés inhérentes à cette étape développementale.

À l'adolescence, les profondes transformations traversées (pubertaires, cognitives, émotionnelles, nature de la relation avec les pairs, les parents,...) bouleversent l'équilibre acquis durant la petite enfance entre le besoin de sécurité, qui passe par la proximité lors de stress importants, et l'exploration. Le rôle du système comportemental d'exploration passe largement au premier plan : exploration du monde physique comme pendant l'enfance, mais surtout de nouveaux rôles sociaux, de nouvelles relations, de la sexualité, de ses émotions, ce qui en fait une période particulièrement propice pour de nouvelles expérimentations. Le corollaire à l'activation de ce système motivationnel est qu'il nécessite la désactivation du système d'attachement proprement dit. Les liens étroits d'attachement peuvent donc apparaître comme une contrainte dans les efforts fournis par les adolescents dans leur recherche d'autonomisation.

Le système d'attachement semble au contraire jouer un rôle fondamental pour aider l'adolescent à surmonter les défis développementaux auxquels il doit faire face (Allen *et al.*, 1999). L'adolescent, au sein d'une relation sécurisée, a en effet acquis progressivement une vue plus cohérente de soi comme existant en dehors des interactions avec le *caregiver*. Il peut donc s'appuyer sur des représentations mentales plus internalisées (« modèles internes opérants »), moins centrées sur une relation particulière (sentiment de sécurité interne, par exemple) pour réguler son stress, contrairement à l'enfant. Il peut par ailleurs imaginer, grâce au développement de la fonction réflexive (Fonagy *et al.*, 1997) ou prise de distance émotionnelle, que d'autres relations à ses parents peuvent répondre de façon plus adéquate à ses besoins d'attachement. Le temps passé avec les pairs croît de manière exponentielle avec l'entrée dans l'adolescence, et ceux-

ci vont pouvoir devenir des figures d'attachement s'ils répondent aux caractéristiques définies par Ainsworth (1989), distinguant les relations d'attachement des autres relations sociales (recherche de proximité, utilisation de la figure d'attachement comme « base de sécurité », recours possible à un comportement de refuge, réaction marquée à la séparation si involontaire).

Dans cette perspective, de nombreux travaux (Allen *et al.*, 1999) ont montré qu'un attachement sécure favorise l'exploration et donc le développement de l'autonomie, tandis qu'un attachement insécure est susceptible de l'entraver, ce dernier étant souvent considéré comme un facteur de vulnérabilité pour l'émergence de troubles psychopathologiques, caractéristiques de cette période de la vie. Toutefois, si les expériences précoces et les modèles internes opérants qui en émergent jouent un rôle important dans la construction des modèles d'attachement, et dans l'influence qui en découle sur le déroulement de l'adolescence (gestion des conflits, qualité de la relation aux pairs,...), il faut rappeler et insister sur le fait que les relations actuelles avec les parents, les adultes engagés auprès de ces jeunes, voire les pairs restent déterminantes. En effet, il apparaît de plus en plus clairement que, quel que soit leur poids dans le développement, les patterns d'attachement restent toujours évolutifs et modifiables (Bretherton, 1990).

Pratiques addictives, adolescence et attachement

A- Données de la littérature

Au cours de notre recherche bibliographique, nous n'avons retrouvé que très peu d'études visant à évaluer directement les modalités d'attachement chez les adolescents présentant des pratiques addictives. La plupart des études dans lesquelles le lien entre attachement et pratiques addictives a été exploré sont, en effet, des études plus larges s'intéressant à l'ensemble des troubles psychopathologiques ou focalisées sur une population adulte. Nous avons donc volontairement inclus l'ensemble des études qui contiennent des informations sur la relation entre les différents modèles d'attachement et la consommation de substances psychoactives, afin d'avoir un matériel d'étude suffisant, et avons exclu toutes celles utilisant le terme « attachement » comme un reflet de la qualité d'une relation, car de notre point de vue, celle-ci va bien au-delà de la théorie de l'attachement au sens strict.

I- Études non spécifiques de la problématique addictive

Brennan et Shaver (1995) ont étudié, au sein d'une population d'étudiants, le lien entre attachement, régulation des affects, et qualité des relations amoureuses. Ils ont été les premiers à répertorier, au sein d'un échantillon de 242 étudiants (moyenne d'âge : 19 ans), les consommateurs d'alcool (nombre : 178), auxquels ils ont fait passer un autoquestionnaire, afin d'évaluer la quantité, la fréquence, ainsi que les motivations de consommation d'alcool, puis à comparer leurs styles d'attachement à partir de l'autoquestionnaire établi par Hazan et Shaver (1987) : l'ASQ (*l'Attachment Style Questionnaire*) (voir description précise p. 53). Les résultats ont montré qu'aucun style d'attachement particulier n'est relié à la consommation festive (« so-

cial drinking »), alors qu'en ce qui concerne la consommation autothérapeutique (« drinking to cope ») un lien significativement positif est retrouvé avec l'ensemble des catégories insécures, avec pour les gros consommateurs un lien particulièrement et exclusivement significatif avec le style d'attachement « évitant ».

L'année suivante, trois études menées au sein de populations cliniques d'adultes ou d'adolescents, afin de comparer leurs représentations d'attachement, ont été publiées. Ces études toutes réalisées avec l'AAI (*Adult Attachment Interview*) (voir description précise p. 51), ont porté sur des échantillons de patients souffrant de troubles psychiatriques divers, parmi lesquels ont été retrouvés des symptômes d'abus de substances psychoactives.

Rosenstein et Horowitz (1996) ont comparé les représentations d'attachement de 60 adolescents (moyenne d'âge : 16 ans) hospitalisés en psychiatrie, soit pour un trouble des conduites, soit pour des troubles affectifs (diagnostics établis selon les critères du DSM-III-R). L'abus de substances a été recherché dans les deux groupes (nombre d'adolescents : 29). Les résultats ont montré que 97% des adolescents hospitalisés présentent un attachement insécure : 47% de type « détaché » et 50% de type « préoccupé ». L'abus de substances est significativement relié au style « détaché », les patients consommateurs étant deux fois plus nombreux dans cette catégorie. Ce lien est d'autant plus fort que les sujets présentent un trouble des conduites associées, alors que chez les patients consommateurs avec un trouble affectif associé, la répartition est similaire entre les deux catégories « détaché » et « préoccupé ». Il n'a pas été retrouvé par ailleurs de lien significatif entre l'abus de substance et la catégorie « irrésolu ». Mais l'échantillon était probablement insuffisant. Cette étude montre l'importance des troubles psychiatriques comorbides, et la nécessité d'avoir une vision large dans l'approche des patients consommateurs de substances psychoactives.

Fonagy et ses collaborateurs (1996) ont mené une étude visant à évaluer les représentations d'attachement auprès de 82 patients non psychotiques hospitalisés en psychiatrie pour des troubles divers, et 85 témoins (âge moyen 29 ans). Parmi les patients, 37 présentaient un trouble lié à l'utilisation de substances (DSM-IV), et la majorité d'entre eux (62%) entraient dans la catégorie « préoccupé ». Si l'on prend également en compte la catégorie « irrésolu/désorganisé », qui peut coexister avec les autres types d'attachement, 75% de ces patients présentant un abus de substances avaient ce type d'attachement. Un point important est que 88% des patients inclus

dans l'étude avaient un trouble affectif associé, et il est donc probable que cette comorbidité ait influencé les résultats.

Allen et ses collaborateurs (1996) ont évalué l'attachement chez 66 adolescents (d'âge moyen 14 ans) hospitalisés en psychiatrie avec un diagnostic initial différent de celui du trouble lié à l'utilisation de substances. Ces mêmes sujets ont été réinterrogés 11 ans plus tard, avec la recherche entre autres de l'usage de « drogues dures ». Il a été retrouvé un lien significativement positif entre le style d'attachement « détaché » et l'usage de drogues dures, et ce quelle que soit la psychopathologie initiale. Ce lien était absent avec les autres styles d'attachement, et notamment de façon un peu inattendue avec la catégorie « irrésolu ». Cependant, le nombre de consommateurs étant inconnu, celui-ci était peut-être insuffisant pour le mettre en évidence.

Une étude intéressante a été conduite par Mickelson, Kessler et Shaver (1997) sur un échantillon très large de 8098 adolescents et adultes âgés de 15 à 54 ans. L'évaluation des troubles psychiatriques, dont celui de troubles liés à l'utilisation de substances, a été faite de façon rétrospective sur la vie entière à partir des critères diagnostiques du DSM-III-R. Parmi l'ensemble des troubles psychiatriques, seul celui de troubles liés à l'utilisation de substances a été retrouvé associé au style d'attachement « évitant » établi à partir de l'ASQ. De plus, les auteurs soulignent que si les troubles liés à l'utilisation de substances ont été établis sur la vie entière, le style d'attachement a été évalué au moment présent de l'étude, ce qui pourrait avoir affaibli le lien et donc laisse supposer une relation très forte entre les deux.

En 1998, Cooper, Shaver et Collins ont publié une étude dans laquelle ils ont comparé styles d'attachement (établis avec l'ASQ), problèmes de régulation émotionnelle, et différents types de troubles du comportement auprès d'un large échantillon d'adolescents (n=1989) âgés de 13 à 19 ans. Parmi ces troubles du comportement ont été recherchés l'usage de substances psychoactives dont la fréquence et la sévérité ont été évaluées à partir d'un autoquestionnaire sur les 6 derniers mois. Les résultats ont montré l'importance de différencier les utilisateurs occasionnels (ou expérimentateurs) des gros consommateurs. En effet, si les gros consommateurs sont significativement associés aux styles d'attachement insécures, « évitant », mais surtout « anxieux-ambivalent », les utilisateurs occasionnels sont retrouvés essentiellement « sécure ». Pour ces auteurs, la consommation occasionnelle de substances psychoactives s'apparenterait à

un comportement d'exploration, tandis que la consommation massive pourrait s'expliquer par la tentative de ces gros consommateurs de réguler plus de détresse émotionnelle. En effet, ceux-ci montrent davantage de dysrégulation émotionnelle, et présentent plus souvent d'autres troubles du comportement.

L'étude prospective menée par l'équipe de Vungkanching (2004) a consisté à comparer les styles d'attachement de jeunes adultes, d'âge moyen 29 ans, ayant été confrontés ou non à l'alcoolisme paternel sur les onze dernières années. Elle a aussi consisté à établir l'existence ou non d'un lien entre histoire familiale d'alcoolisme (FH : Family History), styles d'attachement et risque accru de développer un trouble lié à l'utilisation d'alcool (abus ou dépendance). Trois cent soixante neuf participants, dont 202 FH+ et 167 FH-, ont été questionnés 11 ans, après leur recrutement, sur le niveau et la sévérité de leur consommation d'alcool au cours de la période, ceci afin d'établir ceux souffrant ou ayant souffert d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool (abus et/ou dépendance selon les critères du DSM-IV). Par ailleurs, leurs styles d'attachement a été évalué à partir du RSQ (*Relationship Style Questionnaire*), autoquestionnaire issu du modèle à quatre catégories d'attachement développé par Bartholomew et Horowitz (1991). Celui-ci est basé, comme nous l'avons vu, sur les modèles internes opérants (MIO), positifs et négatifs de soi et des autres, et permet de différencier deux catégories d'évitants : « évitant-craintif » (ou « fearful-avoidant ») et « évitant-détaché » (ou « dismissing-avoidant »).

Les résultats ont montré que les participants ayant une histoire familiale d'alcoolisme (FH+) avaient plus fréquemment un attachement insécuré, caractérisé par les styles « évitant-craintif » et « évitant-détaché ». Ces résultats sont venus conforter ceux d'études précédentes ayant déjà établi un lien significatif entre consommation problématique d'alcool chez les parents et augmentation de la prévalence de l'insécurité d'attachement parmi la descendance (Brennan *et al.*, 1991 ; Eiden *et al.*, 2002). Par ailleurs, les deux styles d'attachement « évitant-craintif » et « évitant-détaché » ont été retrouvés significativement associés à l'apparition d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool, et ce indépendamment du sexe ou de l'histoire familiale d'alcoolisme ($p < 0,05$). Cette dernière donnée est particulièrement intéressante car elle suggère l'idée que l'insécurité d'attachement est un facteur de risque à part entière dans l'apparition d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool indépendant du risque familial.

Caspers *et al.* (2005) se sont penchés sur la comparaison entre les styles d'attachement (établis à partir de l'AAI) et la notion de support social perçu chez des individus ayant été consommateurs de substances illicites au cours de leur vie. Cent quarante huit participants, d'âge moyen 40 ans, ayant tous en commun d'avoir été adoptés, ont répondu à un questionnaire évaluant 6 dimensions de support social (issu du *Social Provisions Scale* de Cutrona et Russel, 1987), puis ont été interrogés sur leur utilisation de substances illicites. Devant la majorité de réponses positives, la consommation de substances a été définie de la façon suivante : au moins 5 prises de cocaïne/autres psychostimulants ou 11 prises de marijuana au cours d'une même année. Ceci a permis la constitution de deux groupes : 102 non-consommateurs et 46 consommateurs. Si les non-consommateurs ont été essentiellement retrouvés « sécure », les consommateurs ont été répartis majoritairement dans les groupes insécures, mais sans différence significative entre les catégories « détaché » et « préoccupé ». Par ailleurs, les comparaisons ont montré un moins bon support social perçu uniquement parmi les sujets ayant un style d'attachement « préoccupé ». Pour les auteurs, cette absence de corrélation chez les sujets appartenant à la catégorie « détaché » est probablement liée au fait que ces individus, qui ont tendance à réprimer leurs affects, ont sous-estimé le manque de support social.

II- Études spécifiques de la problématique addictive

Finzi-Dottan et ses collaborateurs (2003) ont mené une étude intéressante, car spécialement focalisée sur une population clinique de patients souffrant d'abus ou de dépendance à des drogues dures. Cinquante six patients, tous masculins, d'âge moyen 39 ans, ont été autoquestionnés sur leurs représentations d'attachement (à partir du modèle d'Hazan et Shaver, version hébraïque de l'ASQ) après une hospitalisation pour sevrage. La majorité d'entre eux (61%) ont été classés « évitant », 27% « sécure » et seulement 12% « anxieux-ambivalent ».

Deux études (McNally *et al.*, 2003 ; Schindler *et al.*, 2005) ont centré leur recherche tout particulièrement sur l'évaluation de l'attachement auprès d'adolescents ayant des pratiques addictives. Cette évaluation a été réalisée pour ces deux études à partir du RSQ (*Relationship Style Questionnaire*) établi selon le modèle à quatre catégories d'attachement développé par Bartholomew et Horowitz (1991).

L'étude menée par McNally (2003) a comparé les modèles de soi et des autres chez 366 étu-

dians, âgés de 18 à 23 ans, tous consommateurs d'alcool, mais avec des motivations différentes. Le niveau de consommation (fréquence et quantité) sur le mois précédent, les problèmes éventuels relatifs à ces alcoolisations et les motivations à consommer des boissons alcoolisées ont été établies à partir d'autoquestionnaires. Les consommations problématiques d'alcool (problèmes notamment scolaires, affectifs ; conséquences négatives ; consommation autothérapeutique ; ...) ont été retrouvées de façon significativement positive uniquement chez les étudiants ayant un modèle de soi négatif (soit chez ceux ayant un style d'attachement « évitant-craintif » ou « pré-occupé »).

Schindler et ses collaborateurs (2005) ont recruté 71 adolescents de 14 à 25 ans (moyenne d'âge : 19 ans) présentant un diagnostic de dépendance aux opiacés ou de polydépendance (dont celle aux opiacés), en attente d'une prise en charge en thérapie familiale. Pour être inclus, ces adolescents devaient tous avoir des contacts réguliers, au moins hebdomadaires, avec leur famille proche et présenter un diagnostic initial de dépendance depuis moins de deux ans (selon les critères DSM-IV). Les comorbidités psychiatriques ont été prises en compte afin de comparer les adolescents atteints (soit 67% de l'échantillon) et ceux ayant un diagnostic isolé de dépendance aux opiacés. Par ailleurs, celles-ci ont permis d'exclure les adolescents présentant des troubles psychotiques. Leurs styles d'attachement, ainsi que la sévérité de la consommation de drogues (mesurée à l'aide de l'*European Addiction Severity Index*), ont été comparés à un groupe témoin de 39 adolescents dont l'originalité est l'appartenance à la même famille (fratrie ayant en commun au moins un des deux parents). Ceci a permis le contrôle, du moins en partie, des antécédents familiaux et du niveau socioéconomique. Finalement 26 paires d'adolescents, randomisées selon l'âge, le sexe et le niveau socioéconomique, ont été constituées.

Les résultats ont montré que 65% des adolescents dépendants aux opiacés ont un style d'attachement « évitant-craintif », tandis que 62% des témoins sont de type « sécuritaire ». Pour ces deux prototypes d'attachement, la différence a été retrouvée statistiquement significative entre les adolescents dépendants et les témoins, contrairement aux styles « préoccupé » ou « évitant-détaché ». De plus, le style « craintif » a été retrouvé significativement beaucoup plus élevé que les trois autres prototypes d'attachement au sein du groupe d'adolescents dépendants aux opiacés, et corrélé de façon positive avec la sévérité de la consommation de substances psychoactives, contrairement aux autres. Il a même été relevé une corrélation négative entre le style détaché et la sévérité de la consommation de substances psychoactives (qui laisse penser que

celui-ci pourrait être un facteur protecteur, ce qui va à l'inverse de toutes les études précédentes).

Partant de l'hypothèse que la peur de l'intimité pourrait être un facteur de risque dans l'apparition de problèmes émotionnels, incluant ceux associés à l'abus de substances, Thorberg et Lyvers (2006) ont comparé dimensions d'attachement (à partir de l'AAS, *Revised Adult Attachment Scale* établi par Collins, 1996), peur de l'intimité, et capacité d'introspection chez 99 patients (moyenne d'âge : 36 ans, suivis pour des troubles liés à l'utilisation de substances) versus 59 sujets témoins. L'AAS définit trois dimensions d'attachement : Proximité (ressenti des sujets face aux notions de proximité et d'intimité), Dépendance (ressenti des sujets lorsqu'ils sont exposés à devoir dépendre des autres pour répondre à leurs besoins) et Anxiété (niveau d'anxiété ressenti par les sujets sur les questions d'abandon ou de manque d'amour). Des scores élevés sur les dimensions de Proximité et de Dépendance, et faibles sur celle de l'Anxiété, correspondent à un style d'attachement « sécure » (Collins, 1996). Comme pressenti, les patients suivis pour des troubles addictifs avaient des scores moins élevés sur les dimensions de Proximité et de Dépendance, et plus élevés sur celle d'Anxiété par rapport aux sujets témoins, en faveur d'une plus grande insécurité d'attachement.

Plus récemment, Kassel *et al.* (2007) se sont inspirés des études précédentes, et ont comparé les styles d'attachement avec l'usage de tabac, d'alcool et de cannabis dans un échantillon de 212 étudiants (moyenne d'âge : 20 ans). Deux évaluations à 8 semaines d'intervalle ont permis de recueillir toutes les informations nécessaires. À la première visite, les styles d'attachement ont été recherchés (à partir de l'autoquestionnaire AAS évaluant les trois dimensions d'attachement de Collins (1996) : description précise citée précédemment) les attitudes dysfonctionnelles ainsi que la qualité d'estime de soi (selon *The Rosenberg Self-Esteem Scale* ; Rosenberg, 1979). La deuxième visite a consisté à rechercher la fréquence de consommation de substances psychoactives au cours des 8 dernières semaines, ainsi que le niveau de sévérité (problèmes relatifs à cette consommation). Les résultats ont été concordant avec ceux de l'étude menée par Thorberg et Lyvers (2006) ayant utilisé le même outil : la fréquence et les motivations à consommer des substances psychoactives sont reliés de façon significativement positive avec une insécurité de l'attachement. Par ailleurs, l'attachement « anxieux » corrélé à une faible estime de soi est plus fréquent chez les consommateurs de tabac et d'alcool, alors que cette corrélation est

absente en ce qui concerne le cannabis.

III- Synthèse des données

L'insécurité de l'attachement est, comme pressenti, constamment reliée aux consommations problématiques de substances psychoactives, et ce dans l'ensemble des études retrouvées, que ce soit en population clinique ou non.

L'attachement « sécure » est lui aussi retrouvé, de façon habituelle, largement majoritaire dans les populations témoins. Mais, un point supplémentaire se dégage qu'il apparaît important de souligner : sa prépondérance lorsqu'on s'intéresse aux utilisateurs occasionnels (Cooper *et al.*, 1998 ; McNally *et al.*, 2003).

Lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement aux différentes catégories d'insécurité d'attachement, le style « évitant » ou « détaché » semble être plus largement représenté, notamment dans les études centrées sur la problématique addictive. Toutefois, les nombreux outils de mesure utilisés (AAI, ASQ, AAS, ...) rendent difficiles les comparaisons, d'autant que par exemple celui issu du modèle de Bartholomew fait la distinction entre deux styles d'évitants : « évitant-craintif » et « évitant-détaché ».

Par souci de clarté, nous avons donc décidé de rassembler les études ayant utilisé les mêmes outils sous la forme de tableaux récapitulatifs, afin d'en améliorer la lecture puis la démarche comparative.

- études ayant utilisé l'*Attachment Style Questionnaire* (ASQ), issu du modèle d'Hazan et Shaver (1987)

Auteurs, année	Cibles de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Age moyen des participants - Consommateurs de substances psychoactives / nombre total - Nature de l'échantillon 	<ul style="list-style-type: none"> - Substance utilisée - Outils de mesure 	Styles d'attachement majoritaires des consommateurs
Brennan et Shaver, 1995	Régulation des affects, qualité des relations amoureuses	<ul style="list-style-type: none"> - 19 ans - 178/242 - lycéens, étudiants 	<ul style="list-style-type: none"> - alcool - autoquestionnaires (évaluation quantité, fréquence, motivations) 	<ul style="list-style-type: none"> - consommation festive : aucun lien significatif - consommation autothérapeutique : styles insécures NB : si gros consommateurs : « évitants »++
Mickelson <i>et al.</i> , 1997	Troubles psychiatriques divers (vie entière)	<ul style="list-style-type: none"> - adolescents et adultes de 15 à 54 ans - 2876/8098 - population générale 	<ul style="list-style-type: none"> - toutes substances psychoactives - DSMIII-R (évaluation des troubles psychiatriques dont celui de troubles liés à l'utilisation de substances) 	« Évitant »
Cooper <i>et al.</i> , 1998	Régulation émotionnelle, troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> - adolescents de 13 à 19 ans - 1151/1989 	<ul style="list-style-type: none"> - alcool, drogues (cannabis, cocaïne) - autoquestionnaires (évaluation fréquence, sévérité sur 6 derniers mois) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. utilisateurs occasionnels : « sécuritaire » 2. gros consommateurs : « préoccupé »++ et « évitant » (NB : gros consommateurs = troubles du comportement fréquemment associés)
Finzi-Dottan <i>et al.</i> , 2003	Abus et dépendance aux drogues dures	<ul style="list-style-type: none"> - 39 ans - 56/56 - échantillon clinique 	<ul style="list-style-type: none"> - cocaïne, héroïne, LSD, ... - autoquestionnaires (fréquence, sévérité) 	« Évitant »++ (NB : évaluation après hospitalisation pour sevrage, contrôles urinaires négatifs)

TAB. 4 – Études ayant utilisé l'Attachment Style Questionnaire (ASQ), issu du modèle d'Hazan et Shaver (1987)

Toutes ces études établissent un lien significatif entre l'insécurité d'attachement et la consommation problématique de substances psychoactives. Bien que les résultats ne soient

pas tous similaires, dans trois études sur quatre, les gros consommateurs sont clairement associés au style d'attachement « évitant », notamment dans celle spécifiquement axée sur les conduites addictives (Finzi-Dottan *et al.*, 2003). Par ailleurs, certains chercheurs pensent que l'évaluation des consommations par des autoquestionnaires peut être à l'origine de biais (Crowell, 1999 ; Petraitis, 1998). Les individus « évitants » qui minimisent leurs difficultés, peuvent potentiellement sous-estimer leurs comportements problématiques. À l'inverse, les individus « anxieux-ambivalent » peuvent avoir tendance à surévaluer leurs comportements problématiques, ce qui pourrait avoir perturbé et affaibli les résultats. L'étude menée par Mickelson et ses collaborateurs (1997) est à ce titre intéressante, car elle montre clairement un lien entre le style d'attachement « évitant » et le trouble lié à l'utilisation de substances, et ce à partir des classifications internationales (DSM-III-R) dont la validation est plus clairement établie que les autoquestionnaires.

– études ayant utilisé l'*Adult Attachment Interview* (AAI)

Auteurs, année	Cibles de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Age moyen des participants - Consommateurs de substances psychoactives / nombre total - Nature de l'échantillon 	<ul style="list-style-type: none"> - Substance utilisée - Outils de mesure 	Styles d'attachement majoritaires des consommateurs
Rosenstein <i>et al.</i> , 1996	Troubles des conduites, troubles affectifs	<ul style="list-style-type: none"> - 16 ans - 29/60 - adolescents hospitalisés en psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - alcool, drogues - DSMIII-R (évaluation des troubles liés à l'utilisation de substances) 	<ul style="list-style-type: none"> - « détaché »++ (surtout si troubles des conduites associées) - absence de lien avec catégorie « irrésolu » (échantillon trop faible ?)
Fonagy <i>et al.</i> , 1996	Troubles psychiatriques divers	<ul style="list-style-type: none"> - 29 ans - 37/82 - patients hospitalisés en psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - alcool, drogues - DSMIII-R 	<ul style="list-style-type: none"> - « préoccupé » (mais 88% d'entre eux : trouble affectif associé) - « irrésolu » dans 75% des cas, si prise en compte de cette 4ème catégorie
Allen <i>et al.</i> , 1996	Troubles psychiatriques divers [troubles externalisés (troubles oppositionnels, troubles des conduites) : 41% ; troubles internalisés (troubles de l'humeur) : 29%, autres : 33%]	<ul style="list-style-type: none"> - 14 ans - ?/66 - adolescents hospitalisés en psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - drogues dures (psychostimulants, héroïne, ...) - autoquestionnaires, évaluation 11 ans plus tard (fréquence, sévérité sur les 6 derniers mois) 	<ul style="list-style-type: none"> - « détaché »++ - pas de lien avec catégorie irrésolue mais nombre de consommateurs inconnu (échantillon trop faible ?)
Caspers <i>et al.</i> , 2005	Support social perçu	<ul style="list-style-type: none"> - 40 ans - 46/148 - population d'adoptés 	<ul style="list-style-type: none"> - cannabis, cocaïne, autres psychostimulants - autoquestionnaires (fréquence, sévérité sur l'année écoulée) NB : consommateurs si au moins 5 prises de cocaïne ou 11 prises de cannabis) 	<ul style="list-style-type: none"> - « détaché » = « préoccupé » - moins bon support social perçu uniquement pour « préoccupé »

TAB. 5 – Études ayant utilisé l'Adult Attachment Interview (AAI)

Les études menées avec l'AAI retrouvent essentiellement une relation entre abus de substances et attachement « détaché », surtout lorsqu'il existe un trouble des conduites asso-

ciés (Allen *et al.*, 1996 ; Rosenstein *et al.*, 1996). Celles-ci viennent renforcer certaines données de la littérature qui sont en faveur d'un lien entre attachement « détaché », exclusion des affects et développement de troubles externalisés. L'étude menée par Fonagy et ses collaborateurs, bien que différente dans ses résultats, pourrait s'expliquer à cet égard par le biais des comorbidités associées. En effet, le style d'attachement trouvé majoritairement « préoccupé » serait à rattacher à la présence quasi exclusive de troubles affectifs parmi les troubles psychiatriques initiaux. Or, il semble probable qu'il existe un lien entre ces sujets débordés par leurs affects, ayant tendance à intensifier les manifestations de détresse, et le développement de troubles internalisés. Par ailleurs, l'autoestimation des consommations est à nouveau soulignée, cette fois-ci par l'équipe de Caspers (2005), comme un possible biais ayant pu diminuer la relation entre abus de substances et attachement « détaché ».

- études ayant utilisé le *Relationship Style Questionnaire* (RSQ), issu du modèle de Bartholomew et Horowitz (1991)

Auteurs, année	Cibles de l'étude	– Age moyen des participants – Consommateurs de substances psychoactives / nombre total – Nature de l'échantillon	– Substance utilisée – Outils de mesure	Styles d'attachement majoritaires des consommateurs
Vungkanhing <i>et al.</i> , 2004	Histoire familiale d'alcoolisme (FH) (NB : alcoolisme paternel)	– 29 ans – ?/369 [202FH+/167FH-] – population générale	– alcool – DSM-IV	« évitant-craintif » et « évitant-détaché », et ce indépendamment du sexe et de FH+
McNally <i>et al.</i> , 2003	Consommation de substance psychoactive	– 18 à 23 ans – 366/366 – étudiants	– alcool – autoquestionnaires (fréquence, quantité, motivations sur mois précédent)	1. consommation occasionnelle ou festive : « sécuritaire » 2. consommation problématique : « évitant-craintif » et « préoccupé » (modèle de soi négatif)
Schindler <i>et al.</i> , 2005	Dépendance aux opiacés	– 19 ans – 26/52 (témoins=fratrie) – échantillon clinique (adolescents en attente d'une prise en charge en thérapie familiale)	– opiacés, autres drogues dures – DSM-IV (diagnostic de dépendance depuis au moins 2 ans) – contrôles urinaires	– « évitant-craintif »+++ – corrélation négative avec « évitant-détaché » (facteur protecteur ?)

TAB. 6 – Études ayant utilisé le *Relationship Style Questionnaire* (RSQ), issu du modèle de Bartholomew et Horowitz (1991)

Ces trois études sont particulièrement intéressantes pour plusieurs raisons :

- elles ont toutes ciblé leurs recherches sur des populations cliniques ;
- la moyenne d'âge des participants est plutôt basse, ce qui concorde avec notre sujet d'étude ;
- deux d'entre elles ont évalué les consommations problématiques à partir des critères diagnostics du DSM-IV, ce qui limite les biais d'autoévaluation et le risque de sous ou sur-estimation des consommations.

De manière générale, il est à nouveau retrouvé une corrélation significative entre l'insé-

curité d'attachement et une consommation problématique de substances, notamment avec le style d'attachement « évitant ». Cependant, la distinction par cet outil de mesure entre deux patterns d'« évitant » donne ici des résultats un peu différents. En effet, ce qui apparaît le plus en lien avec le risque d'abus ou de dépendance aux substances est un modèle négatif de soi et des autres, ce qui correspond au style d'attachement « évitant-craintif ».

– études ayant utilisé le *Revised Adult Attachment Scale* (AAS), établi par Collins (1996)

Auteurs, année	Cibles de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> – Age moyen des participants – Consommateurs de substances psychoactives / nombre total – Nature de l'échantillon 	<ul style="list-style-type: none"> – Substance utilisée – Outils de mesure 	Dimensions d'attachement majoritaires des consommateurs
Thorberg et Lyvers, 2006	Peur de l'intimité, capacité d'introspection, dépendance aux substances psychoactives	<ul style="list-style-type: none"> – 36ans – 99/158 – échantillon clinique (patients suivis dans des centres spécialisés addictologiques) 	<ul style="list-style-type: none"> – alcool, héroïne, psychostimulants, cannabis – ? 	– dimension d'anxiété nettement prédominante
Kassel <i>et al.</i> , 2007	Consommation de substances psychoactives	<ul style="list-style-type: none"> – 20 ans – 212/212 – étudiants 	<ul style="list-style-type: none"> – alcool, tabac, cannabis – autoquestionnaires (évaluation fréquence, sévérité 8 semaines) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. utilisateurs occasionnels : + sécurés 2. gros consommateurs : + d'insécurité d'attachement 3. corrélation positive entre dimension d'anxiété et tabac

TAB. 7 – Études ayant utilisé le *Revised Adult Attachment Scale* (AAS), établi par Collins (1996)

Ces deux études montrent, comme pressenti, des scores plus faibles sur les dimensions de Proximité et de Dépendance, et plus élevés sur celle d'Anxiété chez les individus ayant des consommations problématiques de substances psychoactives, ceci en faveur d'une plus grande insécurité d'attachement. Kassel et ses collaborateurs (2007), qui se sont par ailleurs intéressés au lien existant entre ces dimensions et le rôle joué par les différentes substances, ont montré que « l'attachement anxieux » (dimension d'Anxiété élevée) était

relié de façon directe et significative uniquement avec le tabac et l'alcool. Un point à souligner est que ces substances étaient considérées par ces patients comme ayant un impact important dans la réduction de leurs affects négatifs, contrairement au cannabis. Cependant, si la présence d'une insécurité de l'attachement semble assez évidente parmi les gros consommateurs, il paraît difficile de tirer des conclusions quant à un pattern d'attachement plus spécifique. En effet, ces deux études se sont axées sur la dimension d'Anxiété, et restent très vagues notamment quant à la dimension de Dépendance, ce qui ne permet pas d'exclure un lien avec un attachement plus évitant. Par ailleurs, il apparaît extrêmement difficile de comparer ces dimensions aux styles d'attachement décrits avec les autres études, car leurs auteurs ne précisent pas si cette dimension d'Anxiété élevée suffit à classer les individus dans la catégorie « préoccupé ».

IV- Analyse critique et discussion

a. Insécurité versus sécurité ?

L'ensemble des résultats des travaux que l'on vient d'exposer montre l'existence d'un attachement insécuré (qu'il soit de type « préoccupé » ou « détaché/évitant ») chez les sujets présentant une consommation problématique de substances psychoactives. Cependant, aucune donnée ne semble véritablement pouvoir permettre d'établir un lien de causalité directe entre les deux. En effet, cette insécurité est la plupart du temps présente dans les échantillons cliniques, et ce quel que soit le diagnostic psychiatrique initial, qu'il soit associé ou non avec une consommation problématique de substances. L'insécurité d'attachement, facteur de risque déjà démontré dans bon nombre de troubles mentaux (Dozier *et al.*, 1999), semble donc uniquement à considérer comme un facteur de risque supplémentaire parmi ceux déjà reconnus pour le développement de troubles addictifs.

La sécurité d'attachement, qui est retrouvée de façon significativement positive dans l'ensemble des populations témoins, semble être à l'inverse un facteur de protection dans l'émergence de troubles addictifs. Néanmoins, comment s'expliquer cette corrélation uniquement positive entre sécurité d'attachement et utilisateurs occasionnels de substances retrouvée dans deux études (Cooper *et al.*, 1998 ; McNally *et al.*, 2003) ? Vient-elle à l'encontre de ce postulat ?

Une des hypothèses principales, au regard de la théorie de l'attachement, est que ces deux études, focalisées sur une population d'adolescents ou de jeunes adultes, mettent en lumière l'une des motivations principales de cette période de la vie : l'exploration. Or, nous l'avons vu, l'activation maximale de ce système motivationnel nécessite que celui de l'attachement soit au plus bas, ce qui est le cas chez les adolescents sécures grâce à un sentiment de sécurité interne acquis suffisant (Atger *et al.*, 2003). Cette donnée rappelle l'idée qu'il existe des motivations différentes dans les pratiques addictives, et que la consommation de substances qui se limite à l'adolescence n'implique pas forcément d'antécédents particuliers, ni n'entraîne de conséquences ultérieures (Moffitt, 1993). Elle conforte une fois de plus le bien fondé du dépistage parmi les adolescents ayant des pratiques addictives, de ceux ayant une consommation autothérapeutique ou toxicomaniaque ou présentant des facteurs de risque de développer de telles consommations, et donc à risque d'évolution vers des conduites addictives ultérieures (abus ou dépendance).

Partant de la même hypothèse, les adolescents insécures également engagés dans le processus d'autonomisation vont être confrontés à la séparation et au sentiment de vulnérabilité interne, mais sans pouvoir s'appuyer sur un sentiment de sécurité interne suffisant ou sur leurs liens d'attachement vécus comme menaçant ou entravant leur autonomie. Ils vont donc tenter de substituer à leurs liens affectifs de nouveaux liens en espérant pouvoir les maîtriser. C'est dans ce contexte que les consommations à risque de substances psychoactives peuvent s'inscrire, la consommation étant alors considérée comme une stratégie adaptative où la substance psychoactive vient jouer le rôle de figure d'attachement substitutive. Pour Höfler et Kooyman (1996), il est frappant de s'apercevoir que de nombreux critères utilisés pour décrire les liens d'attachements précoces (tels que la recherche de proximité notamment en cas de menace, la notion de base de sécurité, la protestation à la séparation, le caractère unique et spécifique de la figure d'attachement, l'inaccessibilité à la conscience, ...) peuvent également servir à décrire la relation d'une personne « addict » envers sa drogue. La notion de proximité, c'est à dire la notion d'accès libre, le choix de la drogue, la protestation en cas de manque, font en effet partie des principales préoccupations de la personne dépendante. L'utilisation de drogues peut donc donner l'illusion d'un sentiment de base de sécurité à ces adolescents insécures en soulageant, du moins à court terme, leurs sentiments d'angoisse, d'ambivalence ou de souffrance ; sentiments d'autant plus accrus lorsqu'ils doivent quitter la maison et établir de nouvelles relations,

et ce d'autant s'ils ont intégré de devoir donner une image d'eux-mêmes comme fonctionnant bien, sans aide extérieure. Dès lors, l'addiction peut-être considérée comme une tentative de passage : transition d'attachement à l'adolescence, quand il y a une alternative entre relations et addictions.

b. Place du pattern évitant

Nous avons vu que l'insécurité d'attachement ne peut être rattachée de façon spécifique aux troubles addictifs, de par sa grande fréquence au sein des troubles psychopathologiques (Dozier *et al.*, 1999). Pour autant, un pattern d'attachement plus spécifique se dégage-t-il de l'ensemble des études précédemment décrites, qui permettrait une détection plus précoce des consommateurs à risque ?

Globalement, le pattern évitant (« avoidant »/ « dismissing ») semble être largement prépondérant parmi les gros consommateurs de substances psychoactives, et ce dans la quasi totalité des études ayant utilisé le modèle d'Hazan et Shaver (Brennan et Shaver, 1995 ; Mickelson *et al.*, 1997 ; Finzi-Dottan *et al.*, 2003), le modèle de Bartholomew (Vungkanching *et al.*, 2004 ; McNally *et al.*, 2003 ; Schindler *et al.*, 2005), et de façon un peu plus mitigée dans celles ayant utilisé l'AAI (Rosenstein *et al.*, 1996 ; Allen *et al.*, 1996). [Les études ayant utilisé le modèle de Collins (Thorberg et Lyvers, 2006 ; Kassel *et al.*, 2007) ne permettent pas de dégager de façon évidente un style d'attachement particulier ont été volontairement laissées de côté]. Cette relation semble d'autant plus forte que l'existence d'un biais par l'autoévaluation des consommations de substances est rapportée régulièrement au sein des études comme pouvant avoir affaibli ce lien. En effet, les individus « évitant » ou « détaché » qui ont tendance à minimiser leurs comportements problématiques (Crowell, 1999) peuvent avoir sous-évalué leurs niveaux de consommation. Ceci vient renforcer l'hypothèse selon laquelle les individus « détaché » ou « évitant » qui excluent leurs affects, décrits comme autonomes et distants dans les relations interpersonnelles (Bartholomew *et al.*, 1991) avec un manque de compétences sociales, sont plus à risque de développer des troubles externalisés dont font partie les conduites addictives (Allen *et al.*, 1996).

Toutefois, les individus « évitant » ou « détaché » ont, par définition, trouvé des straté-

gies adaptatives pour réguler leur détresse émotionnelle en désactivant leur système d'attachement (Kobak *et al.*, 1993). Or, l'une des motivations centrales de l'utilisation de substances est, rappelons-le, l'automédication contre la détresse émotionnelle. Il nous apparaît donc y avoir une différence importante entre ces individus et ceux ayant des consommations à risque qui semblent incapables de réguler leur stress ou leur souffrance émotionnelle sans le recours à l'utilisation de substances psychoactives.

Il semble donc important, avant de s'engager dans des conclusions hâtives, d'émettre quelques réserves sur le plan méthodologique, notamment sur le manque d'homogénéité globale entre les différentes études. Les résultats apparaissent en effet difficilement comparables, et ce pour plusieurs raisons :

- peu d'études se sont focalisées directement sur une population clinique, d'où l'importance de ne pas oublier les comorbidités psychiatriques associées pouvant influencer sur les styles d'attachement ;
- l'âge des participants est variable, avec relativement peu d'études axées principalement sur la période adolescente. Or, du point de vue de la théorie de l'attachement, il semble plus avantageux d'étudier les stades précoces de consommation, quand l'usage de substances a encore une pertinence clinique et que les motivations ne sont pas encore masquées par le processus addictif proprement dit (craving, peur du manque, ...) ;
- l'absence de comparaison des styles d'attachement en fonction des substances utilisées. Or, on suppose fortement que le choix du produit vient répondre à des besoins spécifiques en terme de régulation émotionnelle ;

mais surtout :

- les outils de mesure sont différents et ne renvoient pas forcément aux mêmes concepts et à la même terminologie de l'attachement.

Concernant ce dernier point, il existe encore un fossé entre les chercheurs issus du courant de la petite enfance et ceux issus du courant psychosocial. Pour les premiers, seules les évaluations des représentations d'attachement chez l'adulte faites à partir de l'AAI ont une pertinence clinique (Dozier *et al.*, 1999). Ils estiment que les autoquestionnaires ne peuvent donner qu'un aperçu superficiel du style d'attachement et qu'ils n'ont pas la possibilité d'explorer de façon dynamique les différences de stratégies individuelles,

notamment en terme de régulation des affects ou de traitement de l'information, processus selon eux plus inconscients. Les seconds critiquent de telles positions. Shaver et Mikulincer (2002) estiment par exemple, après s'être plongés dans une revue critique et exhaustive de la littérature sur les processus psychodynamiques liés à l'attachement, que les autoquestionnaires sont tout à fait capables de les explorer. Ils déclarent même à l'encontre des chercheurs sur l'AAI qu'ils « n'ont pas systématiquement résolu si la cohérence du narratif est rattachée aux réactions comportementales, cognitives et affectives en lien à des situations menaçantes qui doivent activer le système d'attachement ». Bartholomew et Moretti (2002) estiment également qu'il existe peu de preuves pour supporter l'hypothèse que seul l'AAI (et les autres entretiens semi-structurés d'évaluation) permet d'approcher ces processus dynamiques inconscients. Selon eux, de telles suppositions nécessiteraient des validations plus scientifiques.

À ce jour, les équipes de chercheurs ayant examiné les liens entre les mesures d'attachement chez l'adulte (et les adolescents) faites à partir de l'AAI et celles obtenues grâce aux autoquestionnaires à partir des relations amoureuses sont encore peu nombreuses (Jacobvitz *et al.*, 2002). Celles s'étant penchées sur le sujet dans le but d'améliorer l'établissement de corrélations avec la clinique trouvent des liens relativement modérés entre les deux types de mesures [(Crowell *et al.*, 2000 ; Shaver *et al.*, 2000) citées dans Shaver et Mikulincer, 2002]. Pour Shaver et Mikulincer (2002), l'intégration des styles d'attachement en fonction des différents outils de mesure peut-être proposée ainsi :

- le pattern « sécure », établi par Ainsworth et ses collaborateurs (1978) à partir des patterns de comportements observés à la Situation étrange, est plus ou moins décrit de façon semblable selon les outils de mesure et ne semble pas jouer un rôle fondamental dans l'explication des troubles addictifs ;
- le pattern « anxieux-ambivalent » (Ainsworth *et al.*, 1978), proposé sous la même appellation par Hazan et Shaver, semble relativement bien correspondre à la catégorie « préoccupé » des modèles de Bartholomew et de l'AAI.

Ces deux types de patterns ne poseraient donc pas particulièrement de problèmes dans l'analyse des résultats, les terminologies en terme d'attachement étant à peu près similaires selon les différents outils de mesure.

- le pattern « anxieux-évitant » (Ainsworth *et al.*, 1978), qui nous intéresse plus particulièrement, est par contre celui qui suscite le plus d’interrogations et de polémiques parmi les chercheurs des deux courants. S’il semble possible de le relier au style « détaché » des modèles de Bartholomew et de l’AAI, il n’a *a priori* pas de correspondance avec le style « évitant » du modèle d’Hazan et Shaver qui serait lui à rattacher à la sous-catégorie d’évitants proposée par Bartholomew : « évitant-craintif ».

Ce manque de correspondance avec le style « évitant » du modèle d’Hazan et Shaver, style retrouvé de façon quasi systématique dans les études ayant utilisé cet outil, vient donc renforcer nos doutes sur la validité de la corrélation entre les individus évitants au sens détachés et les individus consommateurs problématiques de substances psychoactives. Il est corrélé, de plus, avec l’absence de liens retrouvée entre les gros consommateurs et la sous-catégorie « évitant-détaché », au sein des études ayant utilisé l’autoquestionnaire RSQ de Bartholomew. Schindler et ses collaborateurs (2005) ont même retrouvé de façon inattendue une corrélation significativement négative entre des adolescents dépendants aux opiacés et la sous-catégorie « évitant-détaché », ce qui laisserait présager un rôle protecteur de ce pattern d’attachement face aux troubles addictifs. Certains pourraient arguer le fait que les individus détachés ont pu minimiser leurs comportements problématiques et donc sous-estimer leurs consommations (Crowell, 1999 ; Petraitis, 1998) ; mais cette étude a pris le soin de limiter au maximum ce possible biais en recherchant les critères de troubles addictifs à partir du DSM-IV, et en contrôlant les niveaux de consommation par des dosages urinaires. Une interprétation proposée par ces auteurs est que : « plus un individu est en capacité de réguler sa détresse liée à l’attachement par des mécanismes de désactivation, moins il aura besoin de recourir à des substances pour y faire face ».

Finalement, si l’on prend en compte d’un point de vue théorique l’intégration des styles d’attachement, telle que proposée par Shaver et Mikulincer (2002) (intégration approuvée par Frailey, 2002 ; Bartholomew *et al.*, 2002 ; Simpson *et al.*, 2002 ; ...), la catégorie d’attachement qui apparaît la mieux corrélée avec les consommations problématiques de substances psychoactives est, selon la majorité des études conduites, la sous-catégorie

« évitant-craintif ».

En pratique, celle-ci semble également mieux correspondre à nos connaissances actuelles sur les adolescents ayant des consommations à risque, chez lesquels on retrouve fréquemment une identité fragile marquée par une mauvaise estime de soi, une incapacité à maintenir de façon stable des relations interpersonnelles, et une peur profonde de l'intimité (Kooyman, 1993). Les individus « évitant-craintif » ont, d'après le modèle de Bartholomew et contrairement aux individus « évitant-détaché », un modèle négatif d'eux-mêmes, qui se caractérise essentiellement par une mauvaise estime de soi et un fort sentiment de vulnérabilité interne. Ils ne possèdent pas, en outre, les stratégies adaptatives des individus « évitant-détaché » leur permettant de désactiver efficacement leur système d'attachement en cas de détresse émotionnelle. Ils apparaissent donc à haut risque pour l'apparition de comportements problématiques. En effet, n'ayant pas de stratégies défensives de régulation émotionnelle, leur niveau d'anxiété reste très élevé, ce qui peut permettre de comprendre leur besoin de recourir à l'utilisation de substances psychoactives pour y faire face.

Cependant, pour Shaver et Mikulincer (2002), les individus « évitant-craintif » peuvent être considérés comme une sous-entité des évitants détachés, dans laquelle les mécanismes de défense habituels de désactivation ont échoué ou ne sont pas entièrement opérationnels. Leur interprétation viendrait alors en accord avec les résultats des études ayant utilisé l'AAI, retrouvant majoritairement des individus détachés, mais qui n'ont pas différencié les sous-catégories de personnes ayant un état d'esprit détaché mesurables avec cet outil, celles classées Ds1 qui ont des mécanismes de défense plus opérationnels et qui correspondraient aux individus « évitant-détaché », et celles classées Ds3, qui répriment leurs sentiments sans réelle désactivation, qu'on pourrait rapprocher des individus « évitant-craintif ». ² De leur point de vue, les individus « évitant-craintif » percevraient de façon plus aigüe la détresse relative à l'attachement en cas de stress majeur et voudraient plus volontiers un rapprochement avec leurs figures d'attachement. Toutefois et *a contrario* des individus préoccupés, ils se montreraient incapables de s'appuyer sur ces figures, ne

²L'AAI distingue en effet trois sous-catégories d'individus ayant un état d'esprit « détaché » : Ds1, Ds2 et Ds3, en fonction de l'importance de leur désengagement émotionnel à l'égard de leurs expériences relationnelles antérieures ou actuelles.

leur faisant pas confiance (modèle des autres négatif), ce qui expliquerait que leur système d'attachement reste activé, tandis que leurs manifestations comportementales suggèrent la désactivation.

Simpson et Rholes (2002) proposent quant à eux une vision différente. S'ils approuvent la démarche d'intégration des différents outils de mesure de l'attachement proposée par Shaver et Mikulincer, ils critiquent toutefois leur modèle d'interprétation qui suggère en définitive un rapprochement des individus « évitant-craintif » avec les individus ayant un état d'esprit « sécure » à l'AAI. Selon eux, l'absence de véritables stratégies adaptatives de ces individus face au stress, et leur recours dans ce cas-là à des comportements qui apparaissent contradictoires ou incohérents (comportements d'approches avortées, de retrait ou de freezing), impliquent de les considérer comme une entité distincte. Pour ces chercheurs, il existerait par contre un lien plus étroit entre ces individus et ceux ayant un état d'esprit « non résolu-désorganisé » à l'AAI (qui caractérise, rappelons-le, des personnes ayant souffert de traumatismes, d'abus ou de deuils irrésolus, dont le discours se désorganise à l'évocation de ces expériences, et qui correspond au pattern d'attachement « insécure anxieux désorganisé ou désorienté » proposé par Mary Main (1985) suite à l'observation de comportements atypiques de certains enfants à la Situation étrange). Leur perspective suggère que ces individus craintifs présentent plus souvent que les autres des comportements confus, contradictoires, voire empreints de dissociation, particulièrement lorsqu'ils sont stressés. Elle implique également la présence, de façon plus déterminante, d'expériences de peurs irrésolues plutôt que de comportements de rejet dans leur développement par rapport aux individus détachés. Enfin, la perspective de la désorganisation laisse présager chez ces personnes des troubles sur le plan comportemental et émotionnel plus sévères que chez celles ayant un autre type d'attachement insécure.

Si d'un point de vue purement théorique, ces deux interprétations paraissent plausibles, d'un point de vue clinique, la perspective de la désorganisation nous apparaît plus à même de rendre compte de l'organisation psychique des adolescents enclins à s'engager dans des conduites addictives préjudiciables. Certaines données récentes de la littérature, d'une façon générale, semblent d'ailleurs plutôt aller dans ce sens : du point de vue de la ré-

gulation émotionnelle, les individus craintifs ont tendance à être troublés davantage que les autres individus insécures (Feeney, 1999) ; les patients avec un style d'attachement « évitant-craintif » s'avèrent plus difficiles pour les thérapeutes dans la création de l'alliance (Eames *et al.*, 2000 ; Satterfield *et al.*, 1998) ; ils sont les seuls à présenter certains symptômes dissociatifs (Anderson *et al.*, 1996), ...

Toutefois, concernant notre sujet d'étude plus spécifique, les résultats des travaux menés jusqu'à présent ayant utilisé l'AAI, ne nous permettent pas clairement de dégager l'une ou l'autre de ces perspectives. Ceci pourrait être en partie explicable par des échantillons trop faibles de patients au sein de ces études ne permettant pas de détecter la catégorie minoritaire « irrésolue ». Il semblerait donc intéressant, afin d'affiner la compréhension complexe des mécanismes en jeu chez les adolescents consommateurs à risque, de mener ultérieurement des études sur de plus larges échantillons, et de leur faire passer à la fois l'AAI et l'autoquestionnaire de Bartholomew.

c. Applications cliniques et thérapeutiques

Les réflexions sur l'apport spécifique de la théorie de l'attachement dans une approche plus psychothérapeutique ne que sont très récentes ; Bowlby ne s'est intéressé à la question des applications thérapeutiques de sa théorie qu'à la fin de sa carrière, au début des années 1980 (Holmes, 1993).

Les travaux sur les applications thérapeutiques en sont donc à leur balbutiement, même s'ils ont explosé depuis cette période, et notamment après la publication par Bowlby de son ouvrage « A secure base » en 1988, dans lequel il insiste sur l'importance de donner toute sa place à la réalité externe, aux réponses données à l'environnement et aux événements traumatiques en rapport avec l'attachement. Certains semblent apporter des pistes intéressantes concernant notre sujet d'étude plus spécifiquement centré sur la période adolescente.

On retrouve par exemple comme éléments centraux issus de la théorie de l'attachement dans la prise en charge thérapeutique des adolescents (Mackey, 2003) :

- la notion de base de sécurité jouée par le thérapeute : l'expérience relationnelle nouvelle vécue est considérée comme une des clés du changement ;
- l'accompagnement de l'adolescent dans l'examen de ses perceptions et attentes résultant

- de ses interactions avec ses figures d'attachement ;
- l'aide au changement apportée à l'adolescent sur les aspects contraignants de ses patterns relationnels ;
 - le travail indispensable avec ses parents pour avoir un accès direct à ses figures d'attachement primaires et influencer sur les interactions ;
 - l'importance portée à la réalité externe, qui permet l'accès au monde interne et qui représente un levier thérapeutique essentiel permettant de modifier les modèles internes opérants (MIO). (« Dénier cette réalité, c'est ajouter l'injure à la blessure » Bowlby, 1988)

Par ailleurs, le recueil d'informations sur le comportement de l'adolescent dans différentes situations relationnelles et sociales apparaît capital avant la mise en place du cadre thérapeutique auprès de celui-ci et de ses parents (Atger *et al.*, 2006). Ces informations se révèlent en effet d'un grand intérêt pour donner un aperçu général au consultant sur le style d'attachement du jeune en difficulté et guider le futur thérapeute dans l'instauration d'une relation la plus sécurisante possible. Les premières consultations sont considérées à ce titre par certains chercheurs comme particulièrement pertinentes dans cette évaluation, car fortement activatrices du système d'attachement (Crowell, 2003). Si les troubles psychopathologiques s'accompagnent souvent d'intenses sentiments de détresse, la consultation en elle-même, impliquant nouveauté, étrangers, séparation potentielle de ses figures d'attachement, est génératrice de stress et vient bousculer les représentations d'attachement des patients. Le consultant doit donc être particulièrement vigilant au cours de ces premières rencontres dans l'évaluation du discours, et notamment dans la construction narrative de celui-ci, pour se donner une idée de l'état d'esprit d'attachement de l'adolescent (selon par exemple certains repères fournis par l'AAI). Dans la même optique, il doit s'attacher à reconstituer une anamnèse complète des événements ayant pu peser sur ses relations d'attachement : séparations physiques précoces (hospitalisations de l'enfant, d'un parent, adoption), séparation « émotionnelle » (parents souffrant de troubles psychologiques, notamment de dépressions), séparations de la famille (divorce, mode de garde), décès importants (Atger *et al.*, 2006). Ultérieurement, l'instauration d'une relation plus privilégiée avec le thérapeute fournit également, de par ses distorsions lors des échanges, des éléments utiles dans l'appréhension du style relationnel de l'adolescent. La finalité de

ces évaluations est d'apporter au thérapeute un choix de stratégies supplémentaires pour ajuster au mieux ses réponses et ses actions, et favoriser ainsi l'installation d'une base de sécurité la plus stable possible. C'est à partir de celle-ci que l'adolescent (et ses parents) pourra réviser ou établir de nouveaux modèles internes opérants (Main, 1991), et modifier ainsi des comportements néfastes dans son épanouissement personnel.

Le contexte psychothérapeutique, qu'il soit individuel, familial ou en groupe, est par principe une occasion privilégiée de pouvoir développer sa capacité de réflexion sur ses états mentaux et ceux des autres. Il permet normalement l'acquisition d'une meilleure prise de distance par rapport à ses attitudes, ses comportements et ses relations interpersonnelles, ce que Main (1991) appelle la métacognition. Cependant, si cette révision de ses représentations mentales engage les capacités réflexives du sujet, elle tient également beaucoup, selon cette théorie, aux réactions des figures significatives rencontrées par le sujet, et donc à l'influence du système d'attachement du thérapeute dans le bon déroulement du processus psychothérapeutique (Mallinckrodt, 2000). Plus celui-ci aura une assise sécurisée dans sa façon de prendre en charge les patients et leurs familles, meilleures seront les chances de réussite.

À l'adolescence, les raisons de travailler avec les parents, si l'on se réfère à la théorie de l'attachement, sont nombreuses. La principale est qu'ils restent des figures d'attachement pour bon nombre d'adolescents. En outre, les adolescents qui présentent des troubles sont probablement ceux qui gardent les liens les plus étroits et les plus rigides avec leurs figures d'attachement primaires, empêchant ainsi les remaniements nécessaires (Atger *et al.*, 2006). Le thérapeute doit donc être particulièrement vigilant à l'égard de ces parents afin de leur permettre, à eux aussi, de retrouver un sentiment de sécurité, pour qu'ils puissent mieux comprendre leurs propres réactions, accepter certains changements, et donc mieux accompagner leur enfant devenu adolescent.

D'autres médiations peuvent être proposés aux adolescents qui ont du mal à nouer une nouvelle relation d'attachement, notamment quand les angoisses et la colère issues du passé sont trop prégnantes. On peut citer par exemple l'utilisation thérapeutique des groupes qui peut permettre de créer un espace entre l'adolescent et le thérapeute (Flores, 2001), le groupe jouant

d'une part le rôle de base de sécurité facilitant l'expression des affects en rapport avec l'attachement autrement réprimés, et favorisant d'autre part l'activation du système affiliatif, qui lui-même favorise l'ouverture du système d'attachement.

Face à des adolescents ayant des pratiques addictives, l'évaluation de leur style d'attachement peut donc être un outil supplémentaire pour les cliniciens, pour dépister ceux à risque de s'engager dans des conduites addictives plus préjudiciables à long terme, et pour instaurer la meilleure alliance thérapeutique possible. Connaître l'existence de schémas cognitifs dysfonctionnels et de troubles de la régulation émotionnelle, en lien avec un style d'attachement particulier, peut en effet aider les professionnels engagés auprès de ces populations à risque à éviter certaines erreurs d'appréciation, telles que la banalisation en miroir de certaines pratiques addictives, notamment chez les évitants ou à l'inverse la dramatisation excessive de consommations de substances psychoactives s'inscrivant davantage dans des conduites d'exploration, par exemple chez les sécures. Enfin, au regard des études menées jusqu'à présent que nous avons tenté de répertorier de la manière la plus exhaustive possible, il apparaîtrait souhaitable que les cliniciens fassent davantage preuve de vigilance face aux adolescents ayant un style d'attachement « évitant-craintif » (modèles de soi et des autres négatifs), en les considérant à haut risque de s'engager dans des conduites addictives, celles-ci pouvant être préjudiciables dans la construction de leur avenir. Ainsi, ils pourraient tenter d'ajuster au mieux leurs interventions. Par exemple, concernant les patients « évitant-craintif », les appréhensions de rejet au sein des relations intimes qui les caractérisent pourraient être une des cibles privilégiée de la prise en charge.

Toutefois, il faut rappeler qu'il n'existe encore à ce jour aucune véritable théorisation de psychothérapie « attachementiste » à disposition des thérapeutes, pour les étayer dans leur accompagnement auprès de ces patients. Il faut donc espérer à l'avenir la multiplication de recherches sur la prise en charge spécifique de ces individus « évitant-craintif », pour aspirer à une prévention et des traitements de meilleure qualité.

B- Cas cliniques

Nous allons maintenant exposer et discuter deux vignettes cliniques concernant des adolescentes ayant été hospitalisées à l'unité d'urgence de l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM) dans le service du Pr Corcos, pour « troubles du comportements et usage de substances psychoactives ». Notre grille de lecture concernera essentiellement les aspects relatifs à l'attachement, même si nous avons conscience de l'existence d'autres approches psychopathologiques possibles.

I- Cas clinique N°1 : Julie

Julie est une jeune fille de 14 ans qui nous est adressée par une des consultantes du service. C'est la première fois qu'elle est hospitalisée dans un service de psychiatrie, et cette décision a été prise en accord avec ses parents devant des troubles du comportement s'aggravant depuis plusieurs semaines : hétéroagressivité verbale vis-à-vis de sa mère, refus de se rendre au collège, sorties nocturnes, consommation de substances psychoactives,...

Elle est accompagnée par son père le jour de son admission, sa mère n'ayant pu se libérer pour des raisons professionnelles.

A son arrivée, Julie ne semble pas particulièrement inquiète de cette hospitalisation, paraissant même soulagée d'avoir pu mobiliser ses parents dans cette démarche. Elle arbore un look qui ne passe pas inaperçu : cheveux décolorés « blond platine », maquillage excessif, tenue vestimentaire débraillée, ... soulignant de manière caricaturale sa quête d'une « identité tranchée » et d'une reconnaissance au sein du groupe de pairs et vis-à-vis des adultes, mais par là même également la fragilité de ses ressources propres et de ses assises narcissiques.

Nous la recevons dans un premier temps en présence de son père, puis seule, et ces premiers échanges nous donnent un aperçu de son fonctionnement individuel et familial. Nous tentons, comme avant toute hospitalisation, de reconstituer l'histoire récente de ses difficultés ayant conduit à cette démarche d'hospitalisation et de recueillir les éléments de son histoire bio-

graphique, les antécédents personnels et familiaux, les événements de vie marquants survenus au cours de son enfance.

a. Antécédents personnels et éléments biographiques

Ceux-ci sont repris essentiellement au moment de l'entretien organisé avec sa mère, son père ayant peu de souvenirs concernant la petite enfance de Julie, si ce n'est un accouchement prématuré particulièrement difficile, et des premiers mois de vie éprouvants face à l'organisation nouvelle suscitée par l'arrivée de jumelles.

Julie est décrite d'emblée par sa mère comme une enfant « complexe », et ce dès sa naissance. Elle est arrivée au monde effectivement de façon prématurée à 7 mois 1/2 après un accouchement déclenché pour toxémie gravidique et une grossesse gémellaire (obtenue par stimulation ovarienne après 2 ans d'infertilité) vécue de façon particulièrement traumatique par sa mère, hospitalisée dès le cinquième mois pour des contractions utérines récurrentes. Sa naissance fut aussi vécue de façon dramatique, contrairement à celle de sa soeur Manon. Née par les pieds, sa mère nous raconte avoir eu le sentiment « qu'on lui arrachait littéralement de son corps ». Elle est de plus séparée d'elle immédiatement, son état nécessitant des soins de réanimation en urgence, et ne peut la voir qu'au bout du 5ème jour, ne pouvant se lever suite à des hémorragies sévères de la délivrance, ayant nécessité plusieurs transfusions sanguines et l'ayant particulièrement affaiblie.

Les premiers mois de vie des jumelles restent dans leurs évocations une période difficile : sa mère disant avec le recul qu' « elle n'était pas prête à être mère », même si ses filles ne lui avaient pas posé particulièrement de problèmes à l'époque, que ce soit pour les nuits (complètes à 2 mois 1/2) ou l'alimentation. Elle se rappelle avoir enchaîné les biberons, les changes, les bains, ..., de façon un peu mécanique, sans réelle implication émotionnelle, et se demande avec le recul si elle n'était pas légèrement déprimée. La reprise du travail, 6 mois plus tard, est d'ailleurs également décrite comme une épreuve dont elle garde comme seuls souvenirs « des problèmes d'organisation ».

Si Julie ne paraît pas avoir gardé de séquelles de sa naissance, du moins sur un plan développemental, elle a présenté des troubles du sommeil précoces (cauchemars récurrents, insomnie,

difficultés d'endormissement, ...) de l'âge de 18 mois jusqu'à 3 ans, suffisamment importants pour que sa mère l'amène consulter un pédopsychiatre, sans réelle amélioration. Elle est par ailleurs décrite par sa mère comme une enfant « tonique et relativement capricieuse » depuis petite, ayant le goût du risque et pouvant se mettre facilement en danger, contrairement à sa soeur qui était plutôt d'un tempérament tranquille.

Sur le plan scolaire, son entrée à la maternelle semble s'être déroulée sans difficulté d'adaptation, ni d'angoisses de séparation majeures, et le début des apprentissages au CP a été facile. Les premières difficultés apparaissent en CE1, essentiellement d'ordre relationnel : « Julie se mettait dans sa bulle, planait ou bien se montrait dans l'opposition, ce que ne supportait pas sa maîtresse probablement trop jeune et inexpérimentée, qui l'aurait maltraitée ». Julie était souvent à l'écart des autres enfants, sa mère se rappelant certains goûters d'anniversaire où elle la retrouvait « toute seule, isolée, boudant ». Cependant, si Julie était « brouillon, peu appliquée », ses résultats étaient plutôt satisfaisants, et sa mère reconnaît dans l'après-coup qu'elle était trop absorbée par ses propres difficultés de couple, pour être réellement disponible psychologiquement et pour s'apercevoir de ce qu'elle considère aujourd'hui comme de la souffrance chez sa fille.

Deux situations parmi toutes celles rapportées nous sont apparues intéressantes à mentionner, car révélatrices de difficultés pour cette maman à détecter à cette période ce qui pouvait être source d'angoisse pour ses filles et à se positionner de façon protectrice.

La première correspond à une première séparation avec leur père, quand ses filles avaient 4/5 ans. Elle se rappelle que si Manon avait alors manifesté de la détresse, Julie avait continué à regarder la télévision, sans prêter la moindre attention à la situation « comme si son père partait au travail ». N'ayant pas conscience que Julie pouvait être affectée par la situation, elle n'avait pas pris la peine de la réconforter, contrairement à sa soeur Manon.

La deuxième fait référence à l'annonce de sa grossesse à ses filles, peu de temps après la séparation définitive avec leur père. La découverte d'un cancer chez son nouveau compagnon l'avait encouragée à garder l'enfant « pour lui témoigner son affection et ainsi lui donner la force de combattre sa maladie ». Madame se rappelle avoir été mal à l'aise face à cette grossesse non programmée, ni réellement désirée, et de fait en difficulté pour l'annoncer à ses filles aînées, alors âgées de 10 ans. Aussi nous explique-t-elle avoir espéré que ses filles la confortent dans son choix, les plaçant en position parentale vis-à-vis d'elle, dans une inversion des rôles. Elle

rapporte avoir été presque soulagée lorsque Julie, à l'inverse de sa soeur qui lui avait témoigné de la colère, avait « éclaté de rire », pensant alors que ce rire témoignait de son acceptation de la situation.

Par la suite, les difficultés ont explosé à son entrée au collège, lorsqu'elle s'est retrouvée dans la même classe que sa soeur, pour faire partie de la classe internationale. L'écart entre les deux soeurs s'est alors accentué : d'un côté, Manon studieuse ayant des copains stables ; de l'autre, Julie refusant de plus en plus l'autorité, s'isolant ou fréquentant des jeunes beaucoup plus âgés qu'elle, et refusant de travailler.

Aujourd'hui, Julie vit avec sa mère, sa soeur jumelle Manon et sa demi-soeur Laurine, âgée de 4 ans. Ses parents sont séparés depuis près de 4 ans, et c'est suite à une longue procédure que le divorce a été finalement prononcé l'année dernière, et que la garde a été officiellement octroyée à leur mère. Si la période autour de la séparation semble avoir été à l'origine de disputes violentes entre les parents auxquelles auraient assisté les jumelles, aujourd'hui la situation s'est sensiblement apaisée, et Julie a un accès relativement libre à son père, qui réside dans un appartement parisien à proximité du leur.

Son père travaille dans l'immobilier en tant que promoteur, et est très occupé par cette activité qu'il exerce avec fierté, mais qui accapare la plupart de son temps. Il n'a pas refait sa vie et semble vouloir profiter pleinement de sa liberté, nous expliquant sortir très régulièrement après le boulot. Il a passé son enfance en Bretagne et n'en garde que peu de souvenirs, si ce n'est celui d'une éducation rigide. Il entretient à ce jour des relations assez distantes avec ses parents, mais se réjouit si ses filles peuvent aller les voir lors de vacances, lui-même n'ayant quasiment pas connu ses grands-parents et en exprimant un certain regret.

Sa mère, quant à elle, s'est installée à son compte, lorsque Julie avait 6 ans, et délivre essentiellement des formations sur la gestion du stress dans des entreprises. Elle est amenée dans le cadre de son activité à se déplacer dans toute la France. Lorsque ses filles étaient plus jeunes, elle avait recours à des baby-sitters, pour la plupart étudiantes, pour s'en occuper. Aujourd'hui ce sont les grandes qui s'occupent de la petite dernière lors de ces absences. En effet, elle ne peut

compter sur le père de cette dernière, dont elle s'est séparée peu de temps après sa naissance, et qui est retourné vivre depuis en Martinique. Les relations dans sa famille sont également compliquées, notamment avec sa mère : elle regrette le laxisme dont elle aurait fait preuve à son égard au moment de son adolescence. Toutefois, elle y envoie de temps en temps ses filles pour « souffler un peu » et pour s'octroyer un peu de temps libre. Elle a depuis peu un nouveau compagnon dans sa vie, source de conflit supplémentaire avec Julie, qui supporte mal de devoir leur laisser régulièrement sa chambre. Elle envisage d'ailleurs, pour régler la situation, de laisser Manon occuper la chambre de bonne, située au dessus de l'appartement. Cette décision est très mal supportée par Julie, dont la rivalité fraternelle en est exacerbée. Mais Manon est, au yeux de sa mère, une jeune fille exemplaire, ne posant pas de problèmes et à laquelle on peut faire confiance, ce qui n'est pas le cas de Julie qui n'a de cesse de le témoigner par ses comportements : insultes à son égard, non respect des heures de permission, consommation de drogues... (Julie nous révélera à ce sujet au cours de son hospitalisation que sa soeur fait les mêmes « conneries » qu'elle, sauf qu'elle est plus discrète, et que, contrairement à elle, elle n'a pas de problèmes pour s'endormir, et donc pour suivre en classe ce qui, selon elle, est la principale préoccupation de ses parents : la réussite scolaire).

Concernant les relations avec sa soeur jumelle, Julie met en avant leurs différences physiques. Elle se décrit comme petite, blonde, ne ressemblant à personne au sein de la famille ; tandis que sa soeur serait grande, brune, à l'image de sa mère. Par ailleurs, s'il leur arrivait de jouer ensemble étant petites, maintenant elles n'ont quasiment plus rien en commun, ni les amis, ni la musique, et si elle n'a rien de particulier à lui reprocher, elle ne partage pas grand chose avec elle. Par contre, elle semble particulièrement prise d'affection pour sa plus jeune soeur Laurine, dont elle se sent responsable et s'occupe très souvent. D'ailleurs, elle se sent parfois dans l'obligation de lui imposer elle-même des limites, trouvant sa mère beaucoup trop permissive à son égard, ne lui imposant pas suffisamment les choses, car elle la trouve « mal élevée, faisant beaucoup trop de caprices pour son âge ».

b. Antécédents familiaux

La mère de Julie a présenté des troubles du comportement alimentaire à l'adolescence à type d'anorexie restrictive, ainsi que des épisodes dépressifs récurrents. Elle est suivie en psychothé-

rapie d'inspiration analytique depuis près de 15 ans, et cela semble l'avoir aidée à se stabiliser sur le plan thymique.

Il n'y a pas d'autres antécédents familiaux psychiatriques retrouvés notamment pas de troubles de l'humeur.

c. Histoire récente de ses troubles

Julie est suivie depuis quelques mois, sur le Centre Médico-Psychologique de l'intersecteur, par un pédopsychiatre s'occupant spécifiquement des adolescents. C'est sa mère, démunie face à ses troubles du comportement explosifs, qui a fait part de ses difficultés au pédopsychiatre s'occupant de sa plus jeune fille, et a sollicité des consultations de guidance parentale. Celle-ci est d'abord venue seule au rendez-vous, puis accompagnée de sa fille, qui a fini par accepter de se déplacer, après qu'un signalement ait été engagé par ses parents, sur les conseils de l'école, auprès du juge des enfants (une mesure d'aide éducative en milieu ouvert a été initiée, ainsi qu'une prise en charge familiale qui devrait commencer prochainement).

Les premières manifestations bruyantes remontent à son entrée en cinquième, il y a 2 ans.

Julie présente dès la rentrée un désintérêt quasi complet pour l'école, refusant de travailler, s'isolant ou se montrant virulente face à toute tentative d'autorité émanant de sa mère. Elle fume quotidiennement du tabac depuis la sixième, mais cela semble être toléré au sein de la famille, sa mère lui demandant simplement de ne pas fumer dans l'appartement, pour ne pas « intoxiquer » sa petite soeur alors âgée d'un an. Cette période paraît coïncider avec ses premières expérimentations de substances psychoactives, notamment d'alcool et de cannabis qu'elle consomme avec des copains plus âgés, « pour se marrer ».

Plutôt bonne élève jusqu'alors, elle parvient tout juste à passer en quatrième, et cette année est déterminante dans l'éclosion de ses troubles du comportement et de l'usage de substances psychoactives. Julie modifie considérablement sa façon de consommer les produits. D'un usage ponctuel, festif, elle passe à une consommation quasi quotidienne de cannabis entre 3 et 4 joints par jour, essentiellement le soir, et pouvant aller jusqu'à une dizaine de joints les week-ends, lorsqu'elle se réunit dans des squats avec d'autres jeunes ayant les mêmes pratiques addictives. Cette consommation est complètement banalisée par Julie, qui nous explique que les jeunes d'aujourd'hui font tous comme elle ; d'ailleurs, elle ne voit pas le problème, puisqu'elle ne

fume quasiment jamais seule. C'est l'état euphorique du produit qui est recherché en priorité, mais cela lui permet aussi de se détendre lorsque sa mère « lui prend la tête » ou de mieux faire face à certaines émotions fortes. Des états d'ivresse sont par ailleurs retrouvés mais cela resterait exceptionnel, Julie expliquant ne pas apprécier le goût des alcools forts. Elle préfère de loin le goût du vin qui lui rappelle les dégustations avec son grand-père paternel (initiées dès l'âge de 7 ans), mais elle risquerait de passer pour une « ringarde si elle se ramenait en soirée avec sa bouteille de pinard ».

Cependant, et malgré toute sa volonté de nous persuader que ses consommations restent banales, sans gravité, elle reste perplexe, figée lorsque son père rapporte l'épisode de son passage aux urgences de Necker l'an passé, suite à une ivresse aiguë pathologique, et son hospitalisation de quelques jours en Pédiatrie. Celui-ci à l'évidence est pris dans un désarroi émotionnel à l'évocation des difficultés de sa fille, mais ne semble pas pouvoir se remettre en cause dans sa fonction paternelle, dans l'absence de repères, de cadre qu'il pourrait lui donner. Il nous dit faire confiance de façon générale à Julie, et semble vouloir minimiser la gravité de ses pratiques addictives. Il estime qu'elle traverse une banale « crise d'adolescence », même s'il reconnaît que certaines de ses manifestations comportementales, notamment à l'égard de sa mère, ne sont pas acceptables. D'ailleurs, cela lui arrive d'intervenir de façon ponctuelle, lorsque la mère est débordée et qu'elle fait appel à lui. Il se met alors en colère, voire un peu plus si elle ne semble pas vouloir écouter, ou la prend quelques jours chez lui pour que la situation s'apaise. Cependant, son rythme de vie n'est, d'après lui, pas opportun pour une jeune fille de son âge : il sort beaucoup la nuit, fréquente les clubs pour « avoir une vie après le boulot ». Selon lui, les conflits avec sa mère vont s'apaiser avec le temps, comme il en a été de même pour lui avec son propre père.

Concernant les soins psychologiques de sa fille, il n'y est pas opposé, si cela peut l'aider à retrouver plus rapidement le « droit chemin ». En même temps, il ne se voit pas le lui imposer, comme cela avait été le cas après son passage en Pédiatrie, où elle avait refusé de retourner voir un des pédopsychiatres : « je n'allais quand même pas appeler la police pour amener ma fille voir un psy ». D'ailleurs, il ne semble pas particulièrement convaincu, car les différentes tentatives de suivi n'ont pas vraiment amélioré la situation. Julie a en effet déjà consulté à plusieurs reprises des pédopsychiatres, mais ces consultations n'ont jamais donné lieu à un suivi

dans la durée, Julie refusant à chaque fois d'y retourner. Toutefois, il reconnaît que les troubles de sa fille prennent actuellement un tournant inquiétant, notamment parce qu'elle redouble sa quatrième et que ses résultats scolaires sont encore plus catastrophiques que l'an passé. L'hospitalisation est de fait considérée par lui comme une rupture, et il espère qu'elle va enfin entendre raison sur la nécessité de se mettre au travail pour pouvoir se constituer un avenir.

Julie n'est pas vraiment opposée à l'idée de cette hospitalisation ; elle s'inquiète seulement d'être sortie à temps pour passer comme prévu des vacances avec son petit ami. Cela paraît d'ailleurs avoir été l'objet de négociations en famille pour qu'elle accepte plus facilement de venir à l'hôpital, et cette perspective ne paraît pas avoir été complètement écartée, même si la décision finale reste floue.

Lorsqu'on l'interroge sur les raisons qui ont pu motiver cette demande d'hospitalisation en urgence, Julie livre difficilement, et de façon factuelle, un mal-être croissant depuis quelques semaines, dont elle ne comprend pas l'origine. Cependant, sa plainte principale concerne ses troubles du sommeil qui l'empêchent, nous dit-elle, de se réveiller le matin pour se rendre à son collège. Ce serait d'ailleurs seulement pour cela qu'elle aurait accepté de venir, ses difficultés d'endormissement lui « empoisonnant la vie depuis toute petite ». Son père paraît surpris devant les souvenirs évoqués par Julie sur ses angoisses profondes et anciennes au moment du coucher. Il se rappelle seulement d'une petite fille « ayant du caractère et provoquant parfois les adultes », ce qui, selon lui, était d'ailleurs à l'origine de ses difficultés relationnelles avec certains de ses enseignants dès le primaire.

Nous nous interrogeons devant ce décalage et la possible réserve de Julie à évoquer certains événements en présence de son père. Aussi, nous décidons de la voir un peu seule. Loin d'améliorer les échanges, Julie se campe dans une position encore plus défensive, banalisant à nouveau ses pratiques addictives, ses sorties nocturnes, clamant à plusieurs reprises son besoin d'autonomie et d'indépendance. Son discours devient également plus confus, noyé dans les détails, et elle témoigne au fur et à mesure une ambivalence beaucoup plus marquée pour les soins. Aussi, nous décidons d'interrompre rapidement l'entretien, supposé anxiogène, et nous la conduisons, en présence de son père, dans le service, afin qu'elle puisse faire la rencontre d'autres adolescents hospitalisés.

d. L'hospitalisation

Le déroulement de l'hospitalisation est identique pour la plupart des adolescents à l'unité d'urgence : après une semaine de séparation avec les parents, le cadre est ouvert progressivement sur une à deux semaines avant la sortie définitive. Les parents sont reçus de façon hebdomadaire, et dans la mesure du possible ensemble, pour mieux appréhender les interactions au sein de la triade et favoriser une reprise de dialogue dans un climat plus apaisé, de façon médiatisée.

Julie est une jeune fille qui présente plusieurs facettes en fonction des situations : d'un contact plutôt facile à certains moments, presque chaleureux, et sociable en apparence avec les autres adolescents ; elle peut se montrer à d'autres moments beaucoup plus hostile, froide, notamment lors de situations potentiellement anxiogènes ou frustrantes (moments autour du coucher, acceptation du cadre, évocation de ses émotions, ...), où elle refuse alors d'être approchée et de livrer son vécu interne.

Dans ces moments-là, Julie s'isole et ne semble pas en mesure de s'étayer sur les soignants ; c'est son « doudou », avec lequel elle déambule régulièrement dans le service, qui apparaît comme son seul confident, ce qu'elle confirme avec une certaine gêne auprès de l'équipe, avouant l'emmener au collège dans son sac et le sortir parfois discrètement pour l'avoir auprès d'elle, à son contact.

Les entretiens au quotidien sont souvent peu informatifs. Julie tient un discours, la plupart du temps, lisse, factuel. Ses plaintes restent centrées autour de ses troubles du sommeil, de ses difficultés d'endormissement, et elle espère qu'une solution va être trouvée pour améliorer cela. Si elle s'autorise à exprimer par moments un certain désir de changement, laissant pointer un peu de sa fragilité, elle se montre la plupart du temps opposante dans la relation d'aide, réaffirmant régulièrement son désir d'autonomie, son besoin d'indépendance. D'ailleurs, elle a l'intention pour cela de s'émanciper dès l'âge de 16 ans, et en a déjà discuté avec son père qui n'y serait pas vraiment opposé, car dans la vie, « on ne peut compter que sur soi ».

Lorsqu'on l'interroge sur les personnes auxquels elle peut faire appel si elle en ressent le besoin, elle commence par citer son petit ami, puis se rétracte en affirmant qu'on ne peut réellement faire confiance à personne. Elle n'a d'ailleurs pas de confidente, mais cela ne la gêne pas car, nous

dit-elle, elle est « d'une nature plutôt solitaire ». Ceci contraste avec la difficulté, observée par l'équipe de nuit, avec laquelle elle reste seule au moment du coucher, son besoin d'avoir une veilleuse toujours allumée, et qui semble correspondre avec son besoin de sortir le soir pour aller retrouver « le côté apaisant des rues animées parisiennes ». Ces manifestations, très anciennes renvoient sans doute à des angoisses de séparation remontant à la toute petite enfance, et passées inaperçues auprès de sa maman. Julie dit d'ailleurs, à son sujet, « n'avoir jamais eu besoin d'elle ».

L'accès à ses émotions est également particulièrement compliqué : elle se montre par exemple en grande difficulté face à l'acceptation de certaines règles imposées dans le service, et n'étant pas en mesure de mettre des mots sur ce qu'elle ressent, a recours à l'agir (scarifications, cigarettes ou joints fumés en cachette, ...).

Malgré tout, Julie a accepté de venir à l'hôpital, et semble avoir noué une relation sécurisante avec sa pédopsychiatre, même si elle ne comprend pas toujours l'inquiétude de celle-ci à son sujet ; aussi nous l'informons de notre mise en relation avec elle pour en apprendre un peu plus sur elle, ce qui paraît la surprendre mais plutôt la rassurer. À partir de là, Julie s'autorise à nous livrer progressivement certains pans de son histoire. Elle exprime aller mal depuis 3/4 ans, puis se ravise « depuis la séparation de ses parents », rajoutant qu'on ne lui a jamais réellement dit pourquoi son père était parti, et qu'elle a entendu qu'il avait trompé sa mère. Elle évoque de façon détachée la violence des disputes dans le couple de ses parents avant la séparation, et sa crainte que son père ne fasse du mal à sa mère. D'ailleurs, si elle n'a pas de souvenirs que son père l'ait frappée, elle explique que cela a très bien pu arriver, faisant référence à une correction qu'elle aurait elle-même reçue récemment de sa part et au regard « violent » de celui-ci qui lui fait parfois encore peur. Toutefois, elle ne peut pas vraiment lui en vouloir, car ils ne savent plus comment faire avec elle, en référence avec ce qu'elle appelle « ses bêtises », elle-même ne comprenant pas bien parfois certains de ses comportements : « cela me dépasse », « c'est plus fort que moi ».

Les entretiens familiaux, outil thérapeutique particulièrement utile pour reprendre des situations vécues difficilement par les adolescents, seront difficiles à mettre en place au cours de cette hospitalisation. Sa mère nous prévient de son impossibilité d'être présente pour l'entretien de fin de séparation, car elle doit accompagner sa plus jeune fille voir son père à la Martinique

et son père décide de partir à la montagne comme initialement prévu, refusant de priver sa soeur Manon de vacances.

Cependant, la réaction de Julie face à cette absence nous paraît intéressante à relever. Si elle ne semble pas vraiment affectée par cette absence en début d'hospitalisation, ne témoignant ni colère, ni tristesse, disant en partie comprendre qu'ils ne peuvent annuler tous leurs projets planifiés de longue date pour elle, elle livrera à une infirmière insistant pour rester auprès d'elle, après l'avoir surprise en train de pleurer, des sentiments d'abandon qui l'habitent depuis longtemps, qu'elle apaise habituellement par le recours à des substances psychoactives : surtout tabac, cannabis.

Finalement, en accord avec elle et ses parents, Julie sort de l'unité avec un traitement par Risperdal à faible posologie, instauré pour l'aider à contenir davantage à court terme ses angoisses parfois massives, et responsables, nous semble-t-il, de certaines de ses manifestations comportementales. Ce traitement, instauré durant l'hospitalisation, semble avoir montré en effet une certaine efficacité sur celles-ci et permis une amélioration dans sa capacité à supporter certains moments de frustration, donc à mieux appréhender les conflits, et s'est montré par ailleurs également efficace sur ses troubles du sommeil, avec une nette amélioration de sa qualité d'endormissement.

e. Discussion

On retrouve chez Julie des modalités de consommation à risque :

- âge de début précoce ;
- répétition des consommations ;
- évolution les derniers temps d'une consommation festive à une consommation à visée autothérapeutique « prise ponctuelle de cannabis pour se détendre » ;
- ainsi que des facteurs de risque notamment environnementaux :
- échec scolaire ;
- défaillance parentale, ...

qui peuvent laisser présager une évolution défavorable de ses pratiques addictives.

Cependant, comme nous l'avons antérieurement décrit, aucun de ces différents facteurs de risque n'a de véritable spécificité, ni n'apporte véritablement d'explications sur le plan étio-

pathogénique.

Dans le cadre de notre travail et dans l'idée que la théorie de l'attachement permet une meilleure compréhension des facteurs individuels à l'oeuvre, nous avons donc axé notre grille de lecture sur les principales données « attachement pertinentes ». Pour cela, nous avons recueilli différentes informations sur son histoire infantile, observé son fonctionnement individuel (notamment dans les interactions qu'elle peut entretenir avec sa famille, les soignants, mais également avec ses pairs), ainsi que le fonctionnement familial, afin de déterminer son mode d'organisation d'attachement et d'évaluer le risque à plus long terme qu'elle puisse s'engager dans des conduites addictives préjudiciables (à partir des données issues de la littérature internationale récente). Ces éléments pourraient par ailleurs conduire à une adaptation de la prise en charge thérapeutique, ajustée au plus près de ses besoins.

Dans le fonctionnement de Julie, à l'image des sujets présentant un style d'attachement évitant, on retrouve une minimisation de façon générale de ses difficultés, qu'elles soient d'ordre relationnel ou scolaire. Celle-ci banalise ses troubles de conduite, et notamment ses consommations de substances psychoactives, qu'elle considère comme « normales, identiques aux jeunes de son âge ». Cependant, et contrairement à ce que l'on pourrait attendre d'une personne ayant un fonctionnement « évitant », au sens détaché du terme, Julie n'arrive pas à désactiver correctement son système d'attachement pour explorer efficacement son environnement, ne semblant pas avoir intégré de stratégies adaptatives. Ceci apparaît clairement dans les incohérences que l'on peut retrouver dans son discours ou son comportement, dont elle n'a pas réellement conscience et qui témoignent de sa grande insécurité. Elle clame par exemple son désir d'indépendance, d'autonomie, tout en ayant besoin d'avoir « son doudou » auprès d'elle, ou insiste pour garder une veilleuse allumée pour faire face à des angoisses de séparation qui la débordent, ce qui contraste avec ce qu'elle peut raconter de ses sorties nocturnes toute seule. Par ailleurs, on constate qu'en cas de stress important, elle ne s'étaye pas sur ses figures d'attachement principales comme base de sécurité, et ce probablement, parce qu'elle a intégré dans ses représentations internes qu'en cas de besoin, d'une manière générale, il vaut mieux faire face à la situation de façon autonome. Les relations qu'elle entretient avec elles sont d'ailleurs souvent conflictuelles, difficilement résolubles par le dialogue, avec souvent comme seule issue

un recours à l'agir pour l'ensemble des partenaires (bris d'objet, insultes, recours à la violence, usage de substances psychoactives : tabac, cannabis, ...). D'autre part, le recours à ses pairs n'a également pas lieu, comme c'est souvent le cas progressivement à la période de l'adolescence, où les relations d'attachement sont progressivement « transférées » sur les pairs. Ceci peut en partie s'expliquer par le fait que Julie a intériorisé qu'il ne faut pas faire confiance de façon générale aux autres. Et si elle dit « ne pouvoir compter que sur soi », elle n'a pas développé une suffisamment bonne image et estime d'elle-même pour s'appuyer sur ses ressources internes, ce qui peut permettre de comprendre son recours lors de situations potentiellement stressantes (par exemple, conflits majeurs avec sa mère) à l'usage de cannabis, « pour se détendre ».

Nous pouvons considérer, au regard des principaux éléments retrouvés dans son fonctionnement individuel, que Julie appartient à la catégorie d'attachement « évitant-craintif » (même si nous avons conscience qu'en l'absence de passations de tests validés scientifiquement, cette conclusion ne peut être qu'extrapolative), et qu'elle présente donc un risque élevé de s'engager dans des conduites d'abus ou de dépendance.

Toutefois, nous n'avons pas jugé nécessaire de l'orienter vers une consultation spécialisée en addictologie, et ce pour plusieurs raisons :

- ses consommations se sont nettement réduites durant les derniers mois ;
- il n'existe pas de signes antérieurs de dépendance ;
- les prises en charge doivent se multiplier autour d'elle au cours des semaines suivant la fin de l'hospitalisation : mesure éducative, thérapie familiale ; et elles nous sont apparues relativement adaptées au regard de ses difficultés actuelles au sein de sa famille ;
- elle a développé une relation de confiance avec sa pédopsychiatre, ce qui est un signe plutôt rassurant, car révélateur de capacités de mobilisation interne au niveau de ses représentations.

Nous avons cependant pris le soin de nous mettre en relation avec sa pédopsychiatre (avec laquelle Julie se sent pour la première fois relativement en confiance) pour lui faire part de nos impressions, et notamment sur l'importance de maintenir les liens avec cette jeune fille ayant tendance à favoriser les ruptures dès qu'il existe un risque de liens étroits. Ceci nous est en effet apparu essentiel, afin qu'elle trouve en cette thérapeute une base de sécurité suffisamment solide et étayante sur laquelle elle puisse s'appuyer, y avoir recours en cas de besoin, et qu'elle

puisse expérimenter une autre forme de relation dans le but d'améliorer sa capacité de fonction réflexive encore fragile et défaillante.

Dans l'histoire infantile de Julie, nous avons répertorié plusieurs événements ayant pu contribuer au développement de ce pattern d'attachement :

- les conditions de sa conception et de sa naissance ont été particulièrement difficiles, et on peut vraisemblablement supposer qu'elles ont contribué à fragiliser la mise en place des premières interactions entre elle et sa mère. Ceci a sans doute été renforcé par l'absence de soutien social, et notamment familial, pour chacun de ses parents, et la probable réactivation à l'occasion de cette naissance gémellaire de leur problématique d'attachement. Malheureusement le cadre de l'hospitalisation brève ne nous a pas permis d'explorer les modalités de ces relations entre les parents de Julie et leurs propres parents. Toutefois leur discours sur ce thème laisse entrevoir une grande distance dans les relations actuelles et l'absence de recherche de soutien de leur côté en situation de crise et de détresse ;
- des éléments évoquant une dépression du *post-partum* chez sa mère (soins mécaniques, détachement émotionnel, problèmes d'organisation mis en avant, ...) qui pourraient avoir altéré la qualité de son *caregiving* et donc sa capacité à percevoir les signaux de détresse émis par sa fille ;
- l'absence de figures d'attachement alternatives : peu de liens avec les grands-parents, absence de nourrice stable ;
- l'existence de conflits importants entre ses parents pouvant avoir au minimum diminué leur disponibilité dans ses besoins de protection, mais pouvant également avoir suscité de la peur, de l'effroi, sentiments susceptibles de provoquer de la désorganisation (Julie a d'ailleurs le souvenir de violentes disputes entre ses parents, et l'évocation de celles-ci induit une désorganisation de son discours, en faveur d'un état irrésolu quant au traumatisme) ;
- un pattern familial plutôt de type évitant, notamment du côté du père, avec des difficultés à reconnaître les besoins en terme de protection et d'autonomie d'un enfant, voire parfois inversion des rôles parentaux (garde de la petite soeur, confidences d'adultes sur des prises de décisions importantes) ;
- mais également des caractéristiques innées, individuelles, notamment sur le plan tempé-

ramental, plus enclines à favoriser le développement d'un attachement insécure : sa mère la décrit comme « complexe depuis sa naissance », « plus tonique et capricieuse que sa soeur Manon ». Or il a été décrit que le risque de développer un attachement insécure est augmenté lorsqu'un nouveau-né est irritable, difficile à consoler, et que la mère manque de soutien social (Crockenberg, 1986 ; Van den Boom, 1994).

Bien entendu, nous avons conscience que, quels que soient les événements retrouvés, l'attachement insécure à un parent ne peut constituer, à lui seul, l'unique facteur explicatif de ses difficultés. Le risque serait alors grand d'accuser à tort les parents devenus coupable de la souffrance de leur enfant. Par ailleurs, il nous apparaît essentiel d'insister sur le fait que le travail avec ses parents est capital, afin de tenter, au travers de l'étayage dans la relation au consultant et aux différents intervenants de la prise en charge, de réouvrir ce système d'attachement par la mise en lumière de ces modalités de la relation entre Julie et ses parents, de leurs écueils, par un travail autour des représentations d'attachement et de la relation d'aide de chacun.

II- Cas clinique N°2 : Lise

Nous rencontrons Lise, 17 ans, pour la première fois accompagnée de ses deux parents. C'est devant l'installation d'une symptomatologie anxio-dépressive, survenant quelques semaines après une interruption volontaire de grossesse, et le risque de reprise de ses consommations de substances psychoactives, notamment d'héroïne, qu'une hospitalisation en urgence a été décidée par son psychiatre référent.

a. Antécédents personnels et éléments biographiques

Lise est la fille unique d'un couple mixte. Son père, d'origine colombienne, est arrivé en France à l'âge de 14 ans pour poursuivre ses études. Cependant, il a rapidement enchaîné les petits boulots « apprenant plus dans la rue et les rencontres qu'à l'école ». Aussi, se reconnaît-il dans les difficultés rencontrées par sa fille. Depuis quelques années, il retourne régulièrement en Colombie, et ce pendant parfois plusieurs semaines. Il a trouvé là-bas une bonne situation professionnelle en tant que réalisateur de films documentaires, et n'est pas prêt à renoncer à ce travail après tant d'années difficiles. Sa mère, d'origine française, a quant à elle obtenu une maîtrise de sociologie, puis a travaillé pendant

plusieurs années à l'ambassade de France en Colombie en tant qu'attachée culturelle. Elle s'est depuis reconvertie dans la réflexologie, qu'elle exerce aujourd'hui à son compte.

Née en France, Lise est partie vivre avec ses parents en Colombie à l'âge de 3 ans. Elle est revenue habiter en France à l'âge de 8 ans, accompagnée au départ uniquement de sa mère. Ses parents étaient déjà séparés depuis 3 ans et son père aurait hésité à revenir pendant plusieurs mois après leur départ. Lise a vécu essentiellement avec sa mère depuis son retour en France, et ce jusqu'à l'adolescence. Mais, après une période de crise où elle refusait de retourner chez elle, leur relation étant trop conflictuelle. Elle alterne désormais une semaine sur deux chez ses parents, la situation ayant été d'ailleurs récemment régularisée en ce sens au niveau du juge des affaires familiales.

Sur le plan scolaire, Lise a toujours eu des facilités. Cependant, elle a commencé à refuser de travailler à partir de la quatrième (période correspondant au début de ses consommations de substances psychoactives) et ses résultats se sont progressivement effondrés, conduisant au redoublement de sa troisième. Actuellement, elle poursuit ses études au sein d'un Lycée général en classe de seconde, après s'être faite expulsée de son dernier établissement scolaire pour trafic et consommation de stupéfiants et ses résultats semblent très insuffisants au regard de ses capacités.

L'histoire infantile de Lise a été en partie reconstituée après la semaine de séparation. L'entretien d'admission a surtout été consacré à résumer les événements récents ayant conduit à cette décision d'hospitalisation en urgence. À la demande de ses parents, celle-ci a été reconstituée en partie en son absence mais nous avons pris soin de reprendre certains événements nous paraissant importants avec elle.

La semaine de séparation a fait ressurgir chez ses parents certains souvenirs douloureux du passé : sentiments d'avoir tout au long de ses années « refoulé les événements du passé pour avancer et foncer dans la vie, sans se poser de questions », s'interrogeant aujourd'hui sur les répercussions que cela a pu entraîner chez leur fille.

Lise était une enfant désirée.

Si la grossesse et l'accouchement semblent s'être déroulés sans trop de problèmes, sa mère nous révélera avoir été à plusieurs reprises traversée par de fortes angoisses à l'idée « de ne pas savoir s'en occuper convenablement », « de ne pas être à la hauteur ». D'ailleurs, elle serait allée consulter à plusieurs reprises une psychologue sur les conseils de sages-femmes pour l'aider à apaiser certaines de ses craintes.

La première année de Lise est décrite par son père comme une année plutôt heureuse. Lise était « une enfant facile, joyeuse, pleurant très peu ». Sa mère, elle, en garde un souvenir plus mitigé. Cette évocation lui fait d'ailleurs ressurgir des émotions encore palpables ; elle garde le silence pendant un long moment puis se met à pleurer. Elle nous raconte à ce sujet avoir été fréquemment en proie à des sentiments de solitude et ce malgré le soutien de son mari. Puis elle évoque le décès de sa mère survenu trois ans auparavant auquel elle aurait assisté, et vraisemblablement vécu de façon traumatique. Celle-ci est décédée à son domicile avant que les pompiers n'aient pu intervenir, des complications d'une cirrhose alcoolique (par hémorragie digestive), et sa fille a assisté impuissante à la scène. Elle se rappelle également avoir manqué cruellement de repères maternels durant les premiers temps passés avec sa fille, n'ayant ni soeur, ni tante sur lesquelles s'appuyer. On peut d'ailleurs s'interroger, au regard des souvenirs persistants encore chargés émotionnellement, sur la survenue d'une dépression du post-partum, qui serait passée inaperçue. Le père de Lise pourrait également avoir été en difficulté dans ses représentations paternelles, son père l'ayant abandonné lorsqu'il avait deux ans sans explications. Il se montre beaucoup plus réservé que son ex-femme pour parler de lui, nous livrant seulement et avec une certaine réticence, quelques souvenirs concernant son adolescence où il serait venu en France dans l'idée de poursuivre ses études afin de se construire un avenir meilleur. Avec le recul, il évoque des sentiments de déracinement, des pertes de repères, tout en disant qu'à l'époque il avait « tout refoulé et fonctionné comme si de rien n'était ».

Lise n'a pas rencontré de problème sur le plan du développement. Elle était même une enfant que l'on pourrait qualifier de précoce (marche à 10 mois, propreté diurne acquise à 18 mois). Elle est rentrée en crèche à l'âge d'un an, sa mère l'ayant allaité jusqu'au dernier moment et, contrairement à celle-ci, ayant vécue douloureusement le moment du sevrage et de la séparation. Elle ne semble pas en avoir été affectée, n'ayant manifesté aucune détresse au moment de son départ. Elle était selon sa mère une enfant « autonome », « qui ne se plaignait jamais, très

résistante à la douleur ». Cependant, celle-ci se rappelle avoir été inquiète concernant certaines de ses manifestations comportementales, nous racontant qu'« elle allait vers tout le monde en ouvrant grand les bras », qu'« elle aurait pu partir avec n'importe qui ». Par ailleurs, si Lise était plutôt vive, démonstrative vis-à-vis des adultes, recherchant leur affection, les relations avec les enfants de son âge paraissaient plus compliquées. L'entrée à l'école maternelle s'est déroulée en Colombie lorsque Lise avait 4 ans, sans difficulté d'adaptation majeure. Ses parents ont relativement peu de souvenirs de cette tranche de vie la concernant, se rappelant essentiellement d'une petite fille « affectueuse et indépendante » ne leur posant pas, à l'époque, de soucis particuliers. Ils étaient d'évidence débordés par des préoccupations plus personnelles, et donc probablement moins disponibles psychiquement pour leur fille.

Sa mère nous explique par exemple n'avoir pas supporté se retrouver chez sa belle-mère après son arrivée en Colombie, et être partie avec sa fille « squatter un garage », le temps pour son mari de trouver un appartement. Elle nous livre également avoir le sentiment, avec le recul, qu'ils étaient complètement inconscients, ne se posant pas de questions notamment sur ce que pouvait ressentir leur fille de leurs décisions parfois prises dans la précipitation. Cependant, pour cette maman, Lise était très entourée, avec une nourrice s'en occupant à plein temps et d'une totale disponibilité. Donc elle ne pense pas que cela ait pu avoir un véritable impact sur sa fille. D'ailleurs, d'après elle, il est probable que Lise a été beaucoup trop protégée ce qui n'aurait pas facilité son adaptation lors de son retour en France.

Probablement envahie par des sentiments de culpabilité, la période où elle-même aurait consommé de la cocaïne est difficile à explorer, celle-ci évitant, manifestement embarrassée, à évoquer un passé selon elle révolu. Les souvenirs énoncés par Lise durant son hospitalisation concernant cette période nous paraissent intéressants à rapporter car témoins, selon nous, d'une grande insécurité dont ses parents n'ont probablement pas pris conscience. Pour sa mère, les premières difficultés psychologiques de Lise remontent à l'âge de 9 ans au moment de son retour en France. Elle évoque avoir été déprimée à cette période et donc complètement indisponible pour sa fille qui pourtant présentait des manifestations multiples et variées. Lise aurait en effet présenté des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement, cauchemars, des plaintes somatiques récurrentes ainsi qu'une prise de poids importante qui, selon elle, aurait dû l'alerter. À l'époque, elle n'avait pas pensé l'amener consulter, car les symptômes s'étaient progressivement apaisés après le retour de son père.

b. Antécédents familiaux

La grand-mère maternelle de Lise était dépendante chronique à l'alcool. Elle est décédée à l'âge de 56 ans des complications de cette maladie.

Son grand-père paternel souffrait d'un trouble bipolaire et était également dépendant à l'alcool. Sa mère a présenté une addiction à la cocaïne pendant plusieurs années, mais aujourd'hui ne présenterait plus aucune dépendance. Elle se serait même sevrée toute seule du tabac il y a près de 5 ans. Par ailleurs, on retrouve des éléments en faveur d'une fragilité sur le plan thymique, mais elle n'a jamais été hospitalisée en psychiatrie, ni même suivie pour cela.

Son père n'a jamais développé de dépendance aux substances psychoactives, mais a commencé depuis peu un travail psychothérapeutique d'inspiration analytique, notamment pour l'aider à prendre du recul face à certaines difficultés rencontrées aujourd'hui avec sa fille.

c. Histoire de ses troubles

Lise a fumé sa première cigarette à l'âge de 11 ans, en compagnie de quelques copains de son âge. De cette première initiation, elle ne garde qu'un souvenir flou et ne se met réellement à fumer du tabac que l'année suivante. Très rapidement, Lise a la sensation de trouver un certain apaisement dans ce produit, une façon de faire face à des émotions négatives qui la débordent. Sa consommation est d'ailleurs rapidement importante au vu de son jeune âge, entre 10 à 15 cigarettes selon les jours.

Cette période coïncide avec ses premières difficultés d'intégration scolaire, et si ses parents décident de la changer d'établissement au moment de son entrée en quatrième, la situation loin de s'améliorer se dégrade. Elle se plaint régulièrement des élèves de sa classe et des professeurs, se sentant fréquemment rejetée et projetant sur les autres un mal-être qu'elle ne semble pas percevoir.

En troisième, ses résultats scolaires s'effondrent. Lise multiplie de plus en plus les transgressions, rejetant toute autorité et particulièrement celle provenant de sa mère. Parallèlement, ses fréquentations se modifient. Lise se coupe de ses anciens copains pour passer de plus en plus de temps avec d'autres jeunes plus âgés qu'elle, dont certains sont déjà marginalisés. C'est avec eux qu'elle expérimente ses premières consommations de substances psychoactives illicites : d'abord le cannabis, puis par la suite le LSD, la cocaïne et plus récemment l'héroïne. Lise semble apprécier les moments de défonce qui lui permettent de s'échapper « de la routine de

l'école ». Si elle n'en parle pas à ce moment-là directement avec ses parents, elle ne semble pas vraiment s'en cacher, rentrant fréquemment sous l'emprise des produits chez elle. Avec le recul, elle ne comprend d'ailleurs pas comment ils ont pu ne pas s'en apercevoir et paraît leur en vouloir, surtout à sa mère qui, ayant pris de la cocaïne par le passé, « aurait dû la démasquer ».

C'est suite à la pression et l'inquiétude de certains enseignants face à ses nombreuses absences et manifestations comportementales que ses parents l'emmènent consulter un psychiatre pour la première fois. Si Lise est plutôt assidue aux rendez-vous, elle ne dévoile pas spontanément au pédopsychiatre qui la prend en charge en psychothérapie ses prises de consommation de substances psychoactives. D'ailleurs, pour elle, son problème n'est pas là. Il est plutôt dans le fait de devoir dépendre de ses parents financièrement et de ne pouvoir être par conséquent complètement autonome. Les entretiens avec ses parents sont essentiellement orientés sur la relation conflictuelle qu'elle entretient avec sa mère. Lise répète régulièrement « qu'elle ne la supporte pas, ne peut lui faire confiance ». D'ailleurs, elle semble avoir beaucoup de mal à faire confiance de façon générale, et cela ne semble pas dater d'aujourd'hui.

Après plusieurs consultations, il est finalement décidé d'orienter Lise en internat scolaire, afin de mettre un peu de distance avec son environnement familial, ce à quoi elle n'est d'ailleurs pas opposée espérant une meilleure année scolaire que la précédente qui a conduit à son redoublement. Si ses résultats scolaires s'améliorent légèrement, Lise continue cependant à transgresser, ne respectant pas les horaires de retour à l'internat, refusant d'éteindre au moment du coucher,... Par ailleurs, elle continue à consommer des substances psychoactives illicites, et expérimente progressivement des drogues de plus en plus dures, la conduisant à en revendre pour pouvoir s'en procurer plus facilement. Personne ne semble prendre conscience de ses consommations autour d'elle. Lise nous dira pourtant au cours de son hospitalisation l'avoir évoqué à plusieurs reprises à une infirmière, puis à un médecin scolaire. C'est finalement il y a quelques mois, suite à l'hospitalisation de deux pensionnaires auxquels elle aurait vendu des « speedball » (pensant leur donner des amphétamines) conduisant à sa mise en garde à vue, que sa dépendance vis-à-vis des drogues et notamment de l'héroïne est démasquée.

Débutent alors un suivi sur le secteur, et ce à la demande de son pédopsychiatre qui souhaite une prise en charge bifocale devant l'ampleur que prennent ses difficultés.

Lise est expulsée de son internat à la suite de cette affaire et retourne vivre chez sa mère, son père étant souvent en Colombie à ce moment-là pour le travail. Elle décide, soutenue par celle-ci, de se sevrer toute seule refusant d'être hospitalisée ou de se rendre dans un centre spécialisé dans les troubles addictifs pour y recevoir un traitement substitutif. Elle met d'ailleurs un point d'honneur à s'être « désintoxiquée toute seule », pointant toute sa difficulté à demander de l'aide.

La situation familiale s'apaise progressivement durant les mois qui suivent. Lise fait des efforts pour éviter les conflits, se remettant au travail pour passer son BEPC, mais elle ne prend toujours pas soin d'elle. Elle est très loin d'être à l'écoute de son corps et ne se protège pas, par exemple au cours des rapports sexuels qu'elle peut avoir avec son copain du moment. Elle ne s'aperçoit pas de sa grossesse débutante, persuadée et persuadant son entourage (familial, médical) que ces symptômes physiques (nausées, aménorrhée,...) sont à mettre sur le compte du sevrage à l'héroïne. Celle-ci n'est diagnostiquée qu'au terme de 21 semaines d'aménorrhée. Soutenue par ses parents dans cette démarche, Lise décide d'aller subir une interruption volontaire de grossesse en Espagne, son terme ne l'autorisant plus en France. C'est dans ce contexte, devant l'apparition d'affects dépressifs plusieurs semaines après l'intervention, au moment du terme théorique de cette grossesse, et après avoir tenté comme à son habitude de « gérer tout toute seule », n'exprimant lors des rencontres avec son psychiatre « aucune émotion de tristesse, gardant la face, disant vouloir tourner la page », que Lise accepte d'être hospitalisée dans le service, reconnaissant au moins partiellement et avec toute son ambivalence ne plus arriver à faire face à ses émotions négatives toute seule.

d. L'hospitalisation

Nous sommes d'emblée frappés lors de l'admission de Lise par la présentation contrastée de cette jeune fille. Au delà d'un premier contact plutôt facile, agréable, qui pourrait faire croire à une confiance globale en elle et en autrui, elle affiche une présentation négligée qui attire l'attention et laisse suspecter une grande vulnérabilité. Des vêtements amples, sombres, peu saillants, viennent en effet dissimuler un corps malmené : scarifications, piercings, surcharge pondérale, hygiène corporelle négligée. Ce corps vient témoigner d'un profond malaise que son discours veut à tout prix masquer, mettre à distance et évacuer.

Lise livre plutôt facilement son histoire, les raisons détaillées qui ont motivé cette hospi-

talisation, mais elle se réfugie derrière un discours factuel ne laissant pas tellement accès à son vécu émotionnel. Sa tristesse bien que palpable est peu accessible comme d'ailleurs toute approche de la sphère émotionnelle. Toute tentative d'approche et de compréhension suscite même des comportements massifs d'évitement, de repli, Lise détournant à plusieurs reprises la conversation. Elle minimise progressivement la gravité des difficultés rencontrées depuis plusieurs années et la nécessité d'être aidée.

Concernant cette hospitalisation, Lise ne sait d'ailleurs plus très bien au fil de l'entretien ce qu'elle pourrait en attendre, s'inquiétant de « l'enfermement », de la durée de l'hospitalisation et d'un éventuel traitement auquel elle est d'ailleurs opposée. Elle met en avant les contraintes du cadre hospitalier pour justifier son souhait de ne pas rester dans l'unité, prise dans des conduites d'évitement phobique de la relation à l'autre et de la confrontation à son monde interne, à ses difficultés. Alors qu'elle paraissait plutôt favorable à ce projet en début d'entretien, souhaitant pouvoir améliorer certaines de ses difficultés : concentration, troubles du sommeil, ..., elle accepte péniblement de partir sur une hospitalisation brève, de quinze jours, doutant que l'on puisse l'aider en quoi que ce soit.

La première semaine d'hospitalisation est particulièrement difficile pour Lise. Manifestement assaillie par des angoisses qu'elle a du mal à formuler et qu'elle ne peut contenir par le recours habituel au produit (tabac interdit dans l'unité), elle est fréquemment en proie à des manifestations sur le plan somatique (nausées, céphalées, douleurs abdominales, ...) qui nécessitent à plusieurs reprises le recours au médecin de garde pour lui prescrire des traitements symptomatiques. Lorsqu'on tente d'aborder ce qui se passe en elle dans ces moments-là, elle esquive la plupart du temps, voire se montre sur la défensive si on essaye de persévérer dans ce sens, semblant vivre la relation de façon quasi persécutive.

Si à certains moments elle s'autorise cependant à évoquer son histoire avec certains membres de l'équipe, cela reste relativement rare et elle passe une grande partie de son temps seule dans sa chambre, refusant régulièrement de venir participer aux activités de la vie institutionnelle. Elle semble d'ailleurs de façon générale très en difficulté dans la gestion de la distance relationnelle, tant avec les soignants qu'avec les autres adolescents, alternant mouvements de rapprochement et de rejet.

Lors des entretiens médicaux, ce n'est souvent qu'après un long moment qu'elle finit par li-

vrer une partie de son vécu interne après avoir multiplié les tentatives de rupture, remettant par exemple en cause de façon virulente le cadre de soins, réitérant des demandes pour sortir définitivement de l'unité, ... Lise confie alors sa difficulté de façon générale à faire confiance, disant « ne se confier à personne », précisant que lorsqu'elle en avait besoin « les adultes ne se sont pas mobilisés » (en référence à l'infirmière et au médecin scolaire qui, « malgré la connaissance de ses consommations d'héroïne, n'ont rien fait »). En même temps, elle reconnaît pouvoir tenir un double discours, et avoir du mal à se laisser approcher. Elle dit par ailleurs détester le contact physique, faisant allusion aux relations intimes où si l'acte sexuel en lui-même ne lui pose pas de problème, « pour ce qui concerne les marques d'affection, c'est plus compliqué ». Elle semble d'ailleurs surprise lorsque ses parents parlent d'elle comme ayant été une enfant démonstrative, affectueuse avec tout le monde et notamment avec sa mère avec laquelle elle ne tolère aujourd'hui aucun rapprochement physique. Si elle reconnaît lui devoir une certaine gratitude d'être toujours présente à ses côtés malgré ce qu'elle lui fait subir (violences verbales, mépris, mensonges, vols, ...), elle ne parvient pas à lui faire confiance, ne se sent pas proche d'elle et ne se voit pas faire appel à elle directement lorsqu'elle se sent en difficulté. Avec son père, elle se sent plus à l'aise de façon générale, mais même si elle respecte plus facilement son autorité, ce n'est pas pour autant qu'elle lui fait part de ce qu'elle considère comme « ses petits problèmes ».

Lise révèle n'avoir aucune confidente depuis son retour en France. La seule amie à laquelle elle tenait vraiment et à laquelle elle pouvait se confier était colombienne, et c'est à elle qu'elle racontait ses soucis lorsqu'elle était plus jeune. D'ailleurs, elle se rappelle avoir beaucoup pleuré au moment de la séparation à l'idée qu'elle ne la reverrait probablement plus jamais.

Lise nous fait part, par la suite, d'autres souvenirs de séparations l'ayant marquée lorsqu'elle était enfant. Elle se rappelle notamment que ses parents l'envoyaient en France tous les ans passer les deux mois d'été dans sa famille maternelle à la campagne et ce dès l'âge de 3 / 4 ans. Avec le recul, elle évoque des souvenirs d'abandon, de grande solitude qu'elle attribue au fait de devoir se retrouver au milieu d' « étrangers, d'inconnus ». En effet, pour elle, même si c'était sa famille, elle ne les connaissait absolument pas et, par ailleurs, on lui demandait de faire des choses dont elle n'avait absolument pas l'habitude, ce qui provoquait en elle des sentiments de peur et de panique. Par exemple, elle nous explique qu'on lui demandait d'aller chercher le pain toute seule au village alors qu'en Colombie, elle était très entourée, en permanence avec sa

nourrice puisqu'on ne laisse jamais un enfant sortir seul pour des raisons de sécurité. Cependant, si Lise garde en mémoire quelques événements précis concernant son enfance, nous sommes attirés par le fait qu'elle se montre beaucoup plus en difficulté pour en donner un souvenir plus général. D'ailleurs, lorsqu'on l'interroge à ce sujet, elle ne répond pas à la question et confie alors avoir assisté à des scènes qui selon elle sont peut-être à l'origine du manque de confiance global qu'elle porte à sa mère. Elle se souvient par exemple avoir vu à plusieurs reprises sa mère « tellement défoncée qu'elle n'arrivait pas à ouvrir la serrure ». Elle se souvient également du jour de son sixième anniversaire où des amis de ses parents, qui avaient l'habitude de consommer de la cocaïne avec elle « se tirer des rails de coke dans sa chambre », sans que celle-ci ne soit alertée de qui pouvait bien s'en occuper. En même temps, et comme si elle avait balayé les émotions négatives ressenties lorsqu'elle était enfant, lorsqu'on fait allusion à ses propres consommations de substances psychoactives depuis plusieurs années, Lise se montre en grande difficulté pour en trouver les motivations. Elle répond de façon détournée, disant qu'ayant été confrontée très tôt au produit, elle n'a pas eu de craintes particulières dans le fait de les expérimenter, et en banalise la gravité. Cependant, elle reconnaît avoir franchit un cap en prenant de l'héroïne car elle n'avait pas pris la mesure de la dépendance physique que cette drogue pouvait procurer avant d'en consommer même si, pour elle, ce qu'elle vient de vivre (faisant référence à son avortement) est bien plus douloureux que le manque physique. D'ailleurs, cet événement aurait pu la faire replonger dans l'héroïne pour ne plus penser au fait qu'elle aurait pu elle-même devenir mère.

Si Lise peut confier lors de quelques entretiens une partie de son vécu, la gestion au quotidien de l'hospitalisation reste très difficile. Elle montre par certaines de ses manifestations comportementales le besoin d'être aidée, mais elle a tendance à exprimer le contraire et souvent de façon virulente, mettant à mal les capacités soignantes de l'équipe. L'ouverture du cadre est d'ailleurs discutée en équipe, puis autorisée de façon anticipée afin d'éviter une rupture thérapeutique prématurée, et ce d'autant qu'elle était favorable à cette hospitalisation. Celle-ci aura probablement permis de préserver l'instauration fragile de liens dont elle n'a de cesse de tester la solidité et de conduire l'hospitalisation jusqu'à son terme, c'est-à-dire les quinze jours auxquels elle s'était engagée. D'ailleurs, Lise se montrera à cet égard très touchée, lors de son entretien de fin d'hospitalisation, à l'idée de pouvoir revenir si elle en ressentait le besoin, s'au-

torisant à pleurer même si sa façon de justifier ses pleurs et d'exprimer vouloir rester dans le service est de nous exprimer « la peur de se retrouver confrontée au juge dans quelques mois et d'aller en prison ».

Au cours de cette hospitalisation, certains sujets importants seront également abordés en présence de ses parents : la question du traitement, des limites à imposer à Lise, de l'aide pouvant être attendue par la mesure éducative initiée avant son hospitalisation, mais également de certains pièges à éviter dans les réponses qu'ils peuvent fournir à leur fille face à sa tendance à minimiser ses difficultés.

Le lien sera par ailleurs particulièrement travaillé autour de l'articulation avec sa psychiatre référente, pour la tenir au courant du déroulement de l'hospitalisation, des éléments observés concernant le fonctionnement de Lise dans un environnement institutionnel, et pour réfléchir collectivement sur les propositions à faire pour améliorer sa prise en charge à la sortie.

e. Discussion

Le fonctionnement individuel de Lise montre des mécanismes d'évitement et de détournement d'attention depuis l'enfance. Ceci apparaît lorsque sa mère décrit Lise comme ayant été une enfant « autonome », « ne se plaignant jamais », « très résistante à la douleur », mais également lorsqu'elle décrit l'absence complète de manifestations de détresse à l'entrée à la crèche à l'âge d'un an, ce qui est souvent le cas d'enfants ayant développé un pattern d'attachement évitant. Toutefois, pour ce dernier exemple, il nous manque de connaître ses réactions au moment des retrouvailles pour pouvoir réellement en tirer des conclusions, car certains enfants particulièrement sécures peuvent également se comporter de la sorte. On s'attendrait dans son cas à ce qu'elle ait présenté des conduites d'évitements subtils, tels que le détournement du regard, la poursuite des activités en cours sans démonstration de plaisir au moment de retrouver sa mère. Les confidences que Lise faisait à son amie Colombienne, entre 5 et 8 ans, par rapport à certaines peurs, voire terreurs qu'elle pouvait ressentir (notamment lorsque sa mère était sous l'emprise de la cocaïne et que personne ne se souciait d'elle), sont aussi le témoin d'un attachement insécure vis-à-vis de ses figures d'attachement principales. En effet, normalement, à cette période de la vie, le recours à des figures d'attachement principales, en cas de stress important, est la règle car les pairs ne peuvent devenir des figures d'attachement qu'à partir de l'adolescence.

Auparavant, ils n'ont pas les capacités cognitives, la fonction réflexive suffisante pour jouer ce rôle et cette relation si elle a pu être très importante pour Lise n'a donc pas permis le développement d'un sentiment de sécurité interne suffisante.

À l'adolescence, ces mécanismes d'évitement apparaissent de façon encore plus prononcée, laissant entrevoir un mode d'organisation d'attachement de type « évitant-craintif ». Si Lise n'a pas recours à ses parents en cas de détresse, elle ne livre pas plus facilement ses difficultés à ses pairs. Elle ne fait d'ailleurs confiance à personne, pas même en elle-même dont elle a une très mauvaise estime. C'est d'ailleurs pour cela qu'elle ne prend pas soin de son corps et qu'elle peut s'abandonner « physiquement mais pas affectivement » avec les garçons. Lise se montre également en grande difficulté dans l'instauration d'un lien thérapeutique, vivant la relation de façon intrusive. Son fonctionnement a pour conséquence de mettre à mal les soignants dans leur relation d'aide pouvant même susciter chez certains des contre-transferts massifs. Aussi, tout projet de soins est beaucoup plus difficile à initier, que ce soit la mise en place d'un simple traitement médicamenteux, d'un suivi pédopsychiatrique classique ou, ce qui nous semblerait plus adéquat au vu de la dépendance qu'elle a déjà développée vis-à-vis des substances psychoactives, d'une prise en charge plus spécialisée de type addictologique.

Lise a en effet intériorisé un modèle négatif d'elle-même et des autres, et les appréhensions de rejet au sein des relations intimes qu'elle a intégré dans ses représentations internes sont vraisemblablement en cause dans cette difficulté d'alliance thérapeutique.

Dans l'histoire clinique de Lise, on distingue très tôt des éléments en faveur de l'instauration de ce type de pattern d'attachement. On identifie par exemple des moments de rupture, de discontinuité dans les liens, d'imprévisibilité de ses figures d'attachement, qui font le terreau de la désorganisation. Or, celle-ci est, d'un point de vue clinique (ayant tendance à se confirmer dans les études récentes) une perspective plus à même de rendre compte de l'organisation psychique des adolescents à risque à s'engager dans des conduites addictives préjudiciables. Chez ses deux parents, il est retrouvé une histoire familiale complexe qui n'était d'évidence pas résolue dans leur état d'esprit au moment de sa naissance. Ceci a vraisemblablement eu pour incidence des difficultés dans l'instauration des premiers liens avec Lise, et dans l'ajustement nécessaire pour répondre à ses besoins de sécurité et de protection, besoins nécessaires pour le développement d'un attachement sécurisé.

Au travers du discours de ses parents, on peut en effet repérer certaines attitudes ressemblant à celles des individus ayant un pattern d'attachement évitant. Ceci apparaît de façon implicite chez son père lorsqu'il raconte « avoir souhaité aller de l'avant, sans regarder le passé lorsqu'il était plus jeune », et qu'il n'a pas pris conscience que ce qu'il a vécu comme un déracinement lors de sa venue en France, à l'âge de 14 ans, a pu être vécu de façon similaire par sa fille lorsqu'elle venait passer les deux mois d'été auprès de sa famille maternelle qu'elle ne connaissait pas, alors qu'elle n'avait que 4 ans. De façon plus explicite, sa mère fait référence directement à des événements où ils se sont comportés de façon évitante avec Lise. Elle décrit par exemple des situations où, avec le recul, elle réalise qu'ils n'étaient pas attentifs au besoin de protection de leur fille, et à ce qu'elle pouvait ressentir. Elle repère notamment le moment de son arrivée en Colombie, où elle l'avait embarquée avec elle « squatter un garage », décrivant cette situation comme potentiellement insécurisante, ou bien encore lors de son retour en France où, prise dans son propre désarroi émotionnel, elle n'était d'aucune disponibilité psychique pour sa fille, malgré les signaux qu'elle lui envoyait. Cependant, l'évocation de ces situations laisse clairement émerger chez cette mère des sentiments de culpabilité qui la conduisent à nouveau à minimiser le retentissement sur le plan émotionnel que ces événements ont pu avoir sur Lise. Ceci pourrait permettre d'expliquer les difficultés plus actuelles entre elle et sa fille, difficultés persistantes dans la gestion des conflits touchant la sphère émotionnelle, .

On aurait pu s'attendre à un simple désengagement émotionnel de Lise vis-à-vis de sa mère, telle qu'elle se comporte avec son père (elle le respecte mais ne lui confie pas ce qu'elle considère comme « ses petits problèmes »). Or avec elle, les relations sont beaucoup plus conflictuelles : « elle ne lui fait pas confiance, ne supporte aucun rapproché surtout physique ». Ceci peut potentiellement s'expliquer par le fait que sa mère représente vraisemblablement sa figure d'attachement principal et qu'elle est donc dans une attente supérieure vis-à-vis d'elle dans la satisfaction de ses besoins en terme de protection, d'autonomie et de capacité à réguler sa détresse émotionnelle. Toutefois, ces relations mère-fille sont sans doute également, selon nous, marquées par la persistance des souvenirs difficilement évocables par cette maman. Leur remémoration suscite encore à ce jour une désorganisation de son discours qui devient confus, chargé émotionnellement, comme lors de l'évocation du décès de sa mère ou de la période où elle-même consommait de la cocaïne. Ce qui est probablement plus en lien avec les difficul-

tés que présente Lise à ce jour et depuis plusieurs années. Les études ont en effet montré que des signes de désorganisation chez les parents, souvent à l'issue de deuils ou traumatismes non résolus, peuvent induire de la désorganisation chez les enfants (Eichberg, 1987 ; Crittenden, 1988 ; cités par Miljkovitch, 2001 ; Schuengel *et al.*, 1999). Dans ces moments-là, les parents adopteraient des comportements effrayants ou effrayés, induisant « un conflit d'attachement » impossible à réguler pour l'enfant, le parent censé être la source de sécurité jouant à la fois le stimulus d'alarme, donc responsable de désorganisation.

La présentation clinique de Lise nous est apparue intéressante à évoquer, car elle met en scène l'histoire d'une adolescente pour laquelle le dépistage précoce des risques d'engagement dans des conduites addictives préjudiciables a fait défaut. Or, chez cette jeune fille, on s'aperçoit que les conséquences sont déjà lourdes au vu de son jeune âge : échec scolaire, grossesse non désirée ayant conduit à un avortement, risque judiciaire suite à un dépôt de plainte à son encontre, ..., allant bien au-delà de la seule dépendance physique ou psychique au produit. Le dépistage précoce de ces modalités problématiques d'attachement et la mise en place précoce d'un accompagnement de cette jeune fille et de ses proches, auraient sans doute été utiles afin de limiter cette escalade de conduites à risque, lourdes de conséquences en termes individuel, familial et collectif.

Conclusion

L'adolescence est une période du développement qui mobilise fortement le système d'exploration. Elle est donc une étape de la vie particulièrement propice à l'expérimentation de substances psychoactives, comme tendent à le confirmer les données épidémiologiques récentes qui montrent qu'à 17 ans, la plupart des adolescents ont fait l'usage d'une ou plusieurs substances licites/illicites (Legleye *et al.*, 2007). Si ce phénomène ne paraît pas nouveau, les professionnels de santé, notamment ceux spécialisés dans l'addictologie, semblent cependant inquiets. En effet, certaines modifications observées depuis une dizaine d'années concernant les modalités de consommation des adolescents (augmentation de la précocité de rencontre avec le toxique, des polyexpérimentations, ...) sont considérées par de nombreux chercheurs comme particulièrement à risque d'induire des conséquences lourdes pour un certain nombre de jeunes, en pleine construction de leur avenir. Aussi, le dépistage précoce des adolescents vulnérables, présentant un risque d'engagement dans des pratiques addictives préjudiciables, apparaît pour l'ensemble des professionnels engagés auprès de cette population de plus en plus capital. Si les outils de repérage déjà disponibles (différents facteurs de risque, modalités de consommation, ...) constituent des pistes intéressantes dans cette évaluation, aucun n'a de véritable spécificité, ni n'apporte véritablement d'explications sur un plan étiopathogénique. En conséquence, il peut paraître encore parfois difficile de savoir quand intervenir, et quels types de soins proposer le cas échéant.

Ce constat établi, il nous a paru intéressant d'explorer au travers d'une revue de la littérature, l'enrichissement que pourrait apporter la théorie de l'attachement au repérage précoce des adolescents consommateurs à risque. Cette approche centrée sur l'individu, et ses interrelations à son environnement, suscite en effet depuis plusieurs années un engouement croissant parmi les chercheurs s'occupant d'adolescents. Aussi, elle pourrait s'avérer utile dans cette optique

pour réaliser un dépistage précoce de ces consommations à risque en population adolescente. Cette théorie, qui met en balance besoin de sécurité et nécessité d'explorer le monde, offre un cadre conceptuel dynamique particulièrement fécond pour appréhender les plus ou moins grandes difficultés inhérentes à cette étape développementale. Si de prime abord, les liens étroits d'attachement peuvent apparaître comme une contrainte pour les adolescents dans leur recherche d'autonomisation, ils semblent au contraire jouer un rôle fondamental pour les aider dans cette tâche (Atger *et al.*, 2003). Dans cette perspective, de nombreux travaux (Allen *et al.*, 1999) ont d'ailleurs montré qu'un attachement sécure favorise le développement de l'autonomie, tandis qu'un attachement insécure est susceptible de l'entraver. Ce dernier est souvent considéré comme un facteur de vulnérabilité pour l'émergence de troubles psychopathologiques, caractéristiques de cette période de la vie.

Ce travail de thèse a donc consisté, au travers d'une revue de la littérature, à rechercher les études visant à évaluer directement les modalités d'attachement chez les adolescents présentant des pratiques addictives. Ceci afin de rechercher si l'insécurité, voire une catégorie plus spécifique d'attachement, pouvait-être mise en évidence chez les adolescents consommateurs à risque. Devant le peu d'études focalisées directement sur cette recherche spécifique, nous avons du étendre notre recherche bibliographique à des études plus larges (étendue à l'ensemble des troubles psychopathologiques ou menées en population adulte), rendant par conséquent l'analyse des résultats plus compliquée.

Sans surprise, l'*insécurité d'attachement*, comme dans bon nombre de troubles mentaux (Dozier *et al.*, 1999), s'est avérée constamment reliée aux consommations problématiques de substances psychoactives. Elle peut donc être uniquement considérée comme un facteur de risque supplémentaire, parmi ceux déjà reconnus pour le développement de troubles addictifs. Dans la même lignée, la *sécurité d'attachement* a été retrouvée de façon majoritaire dans les populations témoins, mais également chez les utilisateurs occasionnels (Cooper *et al.*, 1998 ; McNally *et al.*, 2003). Celle-ci souligne l'importance des conduites d'exploration à cette période de la vie dont font partie l'expérimentation occasionnelle de substances psychoactives (tabac et alcool tout particulièrement). Cette exploration suppose en effet, au regard de la théorie de l'attachement, que puisse être désactivé le système d'attachement proprement dit. De

plus cette balance harmonieuse (c'est-à-dire ne mettant pas en péril l'individu) entre système motivationnel d'attachement et conduites d'exploration, se retrouve à son optimum chez les individus sécures.

De façon plus intéressante, la présence d'un pattern d'attachement évitant (« avoidant » / « dismissing ») a été retrouvé largement prépondérant parmi les gros consommateurs de substances psychoactives. Ceci paraît d'autant plus significatif que certaines études ont montré l'existence d'un biais induit par le recours à l'autoévaluation des consommations de substances par ces individus « évitants ». Ceux-ci ont en effet tendance à minimiser leurs comportements problématiques (Crowell, 1999).

Toutefois les outils de mesure utilisés ont été différents selon les études, et le pattern évitant ne semble pas renvoyer à la même terminologie de l'attachement en fonction de ces différents instruments. Certains d'entre eux, issus du modèle de Bartholomew, différencient plusieurs styles d'évitants (« évitant-détaché » et « évitant-craintif »). Nous nous sommes donc penchés sur les liens pouvant exister entre ces différentes mesures d'attachement, d'autant que par définition les individus « évitant » ou « détaché » sont censés être ceux ayant développé des stratégies adaptatives pour réguler leur détresse émotionnelle (Kobak *et al.*, 1993) et qu'ils sont loin de correspondre aux patients ayant recours aux substances psychoactives dans un but d'automédication.

Finalement, l'intégration des styles d'attachement telle que proposée par Shaver et Mikulincer (2002) et approuvée par de nombreux chercheurs, a fait ressortir la sous-catégorie d'attachement « évitant-craintif ». Dans la plupart des études, elle est la mieux corrélée avec les consommations problématiques de substances psychoactives. Celle-ci correspond aux individus ayant une image négative d'eux-même, des autres, et n'ayant pas de stratégies défensives efficaces de régulation émotionnelle leur permettant de désactiver leur système d'attachement en cas de stress. Ainsi, leur appétence à recourir aux substances psychoactives pourrait-il s'expliquer par leur besoin de lutter contre un niveau d'anxiété restant trop élevé dans ce contexte.

Pour ces auteurs cette sous-catégorie ne remet pas en cause le lien retrouvé avec le pattern évitant, car ils les considèrent comme une sous-entité des évitants détachés dans laquelle les mécanismes habituels de désactivation ont échoué ou ne sont pas entièrement opérationnels. D'autres estiment au contraire nécessaire, devant l'absence de véritables stratégies adaptatives de ces individus face au stress, de les considérer comme une entité distincte (Simpson et Rholes, 2002),

avec en outre des liens plus étroits avec ceux ayant un état d'esprit « désorganisé » à l'AAI. Cette dernière perspective suggère l'existence de comportements confus, contradictoires, voire empreints de dissociation chez les individus craintifs face au stress ainsi que des troubles sur le plan comportemental et émotionnel plus sévères par rapport à ceux ayant un autre type d'attachement insécure. Elle nous est apparue d'un point de vue clinique plus à même de rendre compte de l'organisation psychique des adolescents à risque de s'engager dans des conduites addictives préjudiciables.

Néanmoins, d'un point de vue scientifique, aucun des résultats des travaux menés jusqu'à présent ayant utilisé l'AAI, ne permet clairement de dégager l'une ou l'autre de ces perspectives. Ceci est probablement dû à des tailles échantillonnelles trop faibles au sein de ces études. On peut donc espérer voir à l'avenir se multiplier des recherches plus larges afin d'affiner la compréhension complexe des mécanismes en jeu chez les adolescents consommateurs à risque.

Les observations cliniques présentées, concernant deux adolescentes ayant des pratiques addictives de sévérité différente, ont eu pour but d'illustrer nos recherches et interrogations sur l'intérêt de la connaissance de ces modalités problématiques d'attachement, dans l'accompagnement et la prise en charge thérapeutique à proposer face à ces manifestations.

Liste des tableaux

1	Rapport de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies, enquête ES-CAPAD menée en 2005 auprès d'adolescents âgés de 17 ans (Legleye <i>et al.</i> , 2007).	22
2	Marcelli et Braconnier, 2004.	26
3	Modèle à quatre catégories de l'attachement chez l'adulte selon Bartholomew (1991)	54
4	Études ayant utilisé l' <i>Attachment Style Questionnaire</i> (ASQ), issu du modèle d'Hazan et Shaver (1987)	79
5	Études ayant utilisé l' <i>Adult Attachment Interview</i> (AAI)	81
6	Études ayant utilisé le <i>Relationship Style Questionnaire</i> (RSQ), issu du modèle de Bartholomew et Horowitz (1991)	83
7	Études ayant utilisé le <i>Revised Adult Attachment Scale</i> (AAS), établi par Collins (1996)	84

Bibliographie

- [1] ADES J. Addictions et troubles psychiatriques associés : éléments d'une stratégie de soins. *In* : M Reynaud, D Bailly, JL Venisse. *Médecine et addictions : peut-on intervenir de façon précoce et efficace ?*. Paris, Masson, 2005.
- [2] AINSWORTH MD, BLEHAR MC, WATERS E, WALL S. *Assessed in the Strange Situation and at home*. Hillsdale, NJ : Erlbaum, 1978.
- [3] AINSWORTH MD, WITTIG BA. Attachment and exploratory behavior of one year-old in a strange situation. *In* : BM Foss. *Determinants of infant behavior*. London, Methuen, 1969, 111-136.
- [4] ALLEN JP, HAUSER ST, BORMAN-SPURELL E. Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology : An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64, 254-263.
- [5] ALLEN JP, HAUSER ST, EICKHOLT C, BELL KL, O'CONNOR TG. Autonomy and relatedness in family interactions as predictors of expressions of negative adolescent affect. *Journal of Research on Adolescence*, 1994, 4, 535-552.
- [6] ALLEN JP, LAND D. Attachment in adolescence. *In* : J Cassidy, PR Shaver. *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications*. Guildford Press, New York, 1999, 319-335.
- [7] ALLEN JP, MC ELHANEY KB, LAND DJ *et al*. A Secure Base in Adolescence : Markers of Attachment Security in the Mother- Adolescent Relationship. *Child Development*, 2003, 2(3), 292-307.
- [8] ALLEN JP, MOORE C, KUPERMING GP *et al*. Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 1998, 69, 1406-1419.

- [9] ANDERSON CL, ALEXANDER PC. The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry : Interpersonal and Biological Processes*, 1996, 59, 240-254.
- [10] ARMSDEN GC, GREENBERG MT. The inventory of Parent and Peer Attachment : Relationships to well-being in adolescence. *Journal Youth Adolescence*, 1987, 16, 427-454.
- [11] ATGER F. Attachement et adolescence. In : N Guedeney, A Guedeney. *L'attachement : concepts et applications*. Paris, Masson, 2002, 127-136.
- [12] ATGER F, GUEDENEY A. Attachement et développement. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2006, 37-200-B-35.
- [13] ATGER F, PIONNE N. Attachement et adolescence. *Perspectives psy*, 2003, vol 42, 2, 122-128.
- [14] ATGER F, PIONNE N. Applications de la théorie de l'attachement au suivi des adolescents. In : N Guedeney, A Guedeney. *L'attachement : concepts et applications*. Paris, Masson, 2006, 211-218.
- [15] BAILLY D. Clinique et thérapeutique de l'alcoolisme des jeunes. *Nervure*, 1994, 7, 10-18.
- [16] BAILLY D, VENISSE JL. *Addictions et psychiatrie*. Paris, Masson, 1999.
- [17] BALLEYGUIER G. Attachement et tempérament chez le jeune enfant. *Enfance*, 1998, 3, 69-81.
- [18] BARTHOLOMEW K, HOROWITZ LM. Attachment styles among young Adults : a test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991, 61, 226-244.
- [19] BARTHOLOMEW K, MORETTI M. The dynamics of measuring attachment. *Attachment and Human Development*, 2002, 4, 162-165.
- [20] BAUMAN A, PHONGSAVAN P. Epidemiology of substance use in adolescence : prevalence, trends and policy implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 1999, 43, 461-473.
- [21] BECK F, LEGLEYE S. Evolutions récentes des pratiques d'alcoolisation en France : aperçu des données épidémiologiques. *Rev Toxibase*, 2004 (n°16), 6-9.

- [22] BELSKY J. Developmental origins of attachment style. *Attachment and Human Development*, 2002, 4, 166-170.
- [23] BERAUD J, MARCELLI D, VENISSE J, REYNAUD M. Les facteurs psychosociaux de risque, de gravité et de protection. In : M Reynaud. *Usage nocif de substances psychoactives*. Paris, La Documentation Française, 2002, 59-77.
- [24] BOWLBY J. An ethological approach to research in child development. *British Journal of Medical Psychology*, 1957, 30, 230-240.
- [25] BOWLBY J. The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 1958, 39(V), 350-373.
- [26] BOWLBY J. *Attachement et perte / 1 : L'attachement*, 1969 (Trad. Franç. : Jeannine Kalmanovitch. Paris, PUF, 1978).
- [27] BOWLBY J. *Attachement et perte / 2 : La séparation*, 1973 (Trad. Franç. : Bruno de Panafieu. Paris, PUF, 1978).
- [28] BOWLBY J. *Attachement et perte / 3 : La perte, Tristesse et dépression*, 1980 (Trad. Franç. : Didier E. Weil. Paris, PUF, 1984).
- [29] BOWLBY J. *A secure base : Clinical applications of attachment theory*. Londres, Routledge, 1988.
- [30] BRENNAN KA, SHAVER PR. Dimensions of adult attachment, affect regulation and relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1995, 21, 267-283.
- [31] BRENNAN KA, SHAVER PR, TOBEY AE. Attachment styles, gender and parental problem drinking. *J Social and Pers Relat*, 1991, 8, 451-466.
- [32] BRETHERTON I. Attachment theory : retrospect and prospect. In : I Bretherton. *Growing Points of Attachment Theory and Research*. Monographs of the society for Research Child Development, 1985, 209, 3-34.
- [33] BRETHERTON I, RIDGEWAY D, CASSIDY J. Assessing internal working models of the attachment relationship : An attachment story completion task for 3-year-olds. In :

- MT Greenberg, D Cicchetti, EM Cummings. *Attachment in the preschool years : Theory, research and intervention*. Chicago, University of Chicago Press, 1990, 273-308.
- [34] BRETHERTON I. Internal working models and communication in attachment relationships : a commentary on the review by Raphaële Miljkovitch. *In* : A Braconnier, J Sipo. *Le bébé et les interactions précoces*. Monographies de Psychopathologie, Paris, PUF, 1998, 79-90.
- [35] BUHRMESTER D. The developmental courses of sibling and peer relationships. *In* : F Bou, J Dunn. *Children's sibling relationship*. Hillsdale, 1992.
- [36] CAMI J, FARRE M. Drug addiction. *N Engl J Med*, 2003, 349, 979-986.
- [37] CARLSON EA. A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 1998, 69, 1970-1979.
- [38] CASPERS KM, CADORET RJ, LANGBEHN D, YUCUIS R, TROUTMAN B. Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addictive Behaviors*, 2005, 30, 1007-1011.
- [39] CASSIDY J. The nature of the child's ties. *In* : J Cassidy, PR Shaver. *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications*. Guildford Press, New York, 1999, 3-20.
- [40] CHABROL H. *Les toxicomanies de l'adolescent*. Paris, PUF, Collection «Que sais-je ? », 1995.
- [41] CHAKROUN N, DORON J, SWENDSEN J. Substance use, affective problems and personality traits : test of two association models. *Encephale*, 2004, 30, 564-569.
- [42] CIM-10. *Classification internationale des maladies*, 10^{ème} éd. Paris, Masson, 1993.
- [43] COLLINS NL. Working models of attachment : Implications for explanation, emotion and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996, 71, 810-832.
- [44] COLLINS WA. Parent-child relationships in the transition to adolescence : Continuity and change in interaction, affect, and cognition. *In* : R Montemayor, GR Adams, TP Gullotta.

Advances in adolescent development : vol 2. From childhood to adolescence : A transitional period ?. Newbury Park, 1990, 85-106.

- [45] COOPER ML, SHAVER PR, COLLINS NL. Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, 74, 1380-1397.
- [46] COTTON NS. The familial incidence of alcoholism : a review. *Journal of Studies on Alcohol*, 1979, 40, 89-116.
- [47] CRITTENDEN PM. Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 1990, 11, 259-277.
- [48] CROCKENBERG SB. Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 1981, 54, 857-865.
- [49] CROWELL JA. Assessment of attachment security in a clinical setting : observations of parents and children. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 2003, 24, 199-204.
- [50] CROWELL JA, FRALEY RC, SHAVER PR. Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In : J Cassidy, PR Shaver. *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications*. Guildford Press, New York, 1999, 434-468.
- [51] CUTRONA CE, RUSSELL DW. Provisions of social relationships and adaptation to stress. In : WH Jones, Perlman. *Advances in Personal Relationships*. Greenwich, JAI Press, 1987, vol. 1.
- [52] DSM-IV. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4ème éd. Trad. Paris, Masson, 1996.
- [53] DUAUX E, KREBS MO, LOO H, POIRIER MF. Genetic vulnerability to drug abuse. *Eur Psychiatry*, 2000, 15, 109-114.
- [54] DOZIER M, STOVALL KC, ALBUS KE. Attachment and psychopathology in adulthood. In : J Cassidy, PR Shaver. *Handbook of attachment*. Guildford Press, New York, 1999, 497-519.

- [55] EAMES V, ROTH A. Patient attachment orientation and the early working alliance : A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 41-434.
- [56] EIDEN RD, EDWARDS EP, LEONARD KE. Mother-infant and father-infant attachment among alcoholic families. *Developmental Psychopathology*, 2002, 14, 253-278.
- [57] FARGES F, FARGES S, ANGEL P. Toxicomanies et conduites d'alcoolisations chez l'adolescent. In : P Ferrari. *Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Flammarion, 2001, 303-309.
- [58] FEENEY JA. Adult romantic attachment and couple relationships. In : J Cassidy, PR Shaver. *Handbook of attachment*. Guilford Press, New York, 1999, 355-377.
- [59] FINZY-DOTTAN R, COHEN O, IWANIEC D, SAPIR Y, WEIZMAN A. The drug-user husband and his wife : Attachment styles, family cohesion and adaptability. *Substance Use and Misuse*, 2003, 38, 271-292.
- [60] FLORES PJ. Addiction as an Attachment Disorder : Implications for Group Therapy. *International Journal of Group Therapy*, 2001, 51, 63-81.
- [61] FONAGY P, LEIGH T, STEELE H, STEELE H, KENNEDY R, MATTOON G *et al.* The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64, 22-31.
- [62] FONAGY P, STEELE M, STEELE H, *et al.* The capacity for understanding mental states. The reflective self in parent and child and it's significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 1991, 12, 201-218.
- [63] FONAGY P, STEELE M, STEELE H, *et al.* Attachment, the Reflective Self, and borderline states. In : S Goldberg, R Muir and J Kerr. *Attachment theory : Social developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, Analytic Press, 1995, 234-278.
- [64] FONAGY P, TARGET M. Attachment and reflective function : their rôle in self-organization. *Developmental Psychopathology*, 1997, 9, 679-700.
- [65] FRAIBERG S. *Fantômes dans la chambre d'enfant*. PUF, Le Fil Rouge, 1999.

- [66] FRAILEY RC. Introduction to the special issue : The psychodynamics of adult attachments- Brindging the gap between disparate research traditions. *Attachment and Human Development*, 2002, 131-132.
- [67] FURMAN W, SIMON V, SHAFFER L, BOUCHEY H. Adolescents' working models and styles for relationships with parents, friends and romantic partners. *Child Development*, 2001, 73, 241-255.
- [68] GEORGE C, KAPLAN N, MAIN M. Adult Attachment Interview, Unpublished protocol. Department of Psychology, University of California, Berkeley, 1996.
- [69] GEORGE C, SALOMON J. Attachment and Caregiving : The Caregiving Behavioral System. In : J Cassidy, PR Shaver. *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications*. Guildford Press, New York, 1999, 649-670.
- [70] GODEAU E, DRESSEN C, NAVARRO F, *et al.* *Les années collège : enquête santé hbsc 1998 auprès des 11-15 ans en France*. Editions CFES, 2000.
- [71] GOODMAN A. Addiction : definition and implication. *British Journal Addict.* 1990, 85, 1403-1408.
- [72] GOODWIN DW. Is alcoholism hereditary ?. *Oxford University Press*, New York, 1976.
- [73] GROSSMANN KE, GROSSMANN K, ZIMMERMANN P. A wider view of attachment and exploration. Stability and change during the years of immaturity. In : J Cassidy, PR Shaver. *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications*. Guildford Press, New York, 1999, 760-786.
- [74] GUEDENEY N. Concepts clés de la théorie de l'attachement. In : N Guedeney, A Guedeney. *L'attachement : concepts et applications*. Paris, Masson, 2002, 15-25.
- [75] GUILBERT P, GAUTIER A, BAUDIER F, TRUGEON A. *Baromètre santé 2000 : Les comportements des 12-25 ans*. INPES, Paris, 2003.
- [76] HARLOW HF. The nature of love. *American Psychologist*, 1958, 13, 673-685.
- [77] HAZAN C, SHAVER PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 52, 511-524.

- [78] HAZAN C, SHAVER PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 1994, 5, 1-22.
- [79] HILL JP, HOLMBECK GN. Attachment and autonomy during adolescence. *Annals of Child Development*, 1986, 3, 145-189.
- [80] HÖFLER DZ, KOOYMAN M. Attachment Transition, Addiction and Therapeutic Bonding-An integrative Approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1996, 13, 511-519.
- [81] HOLMES J. *John Bowlby and attachment theory*. London and New York, Routledge, 1993.
- [82] JACOBVITZ D, CURRAN M, MOLLER N. Measurement of adult attachment : The place of self-report and interview methodologies. *Attachment and Human Development*, 2002, 4, 207-215.
- [83] JEAMMET P. *Pour nos ados, soyons adultes*. Odile Jacob, 2008.
- [84] KAREN R. *Becoming attached*. New York, Oxford University Press, 1998.
- [85] KARILA L. *Dictionnaire des addictions*. Paris : Phase 5 ; 2006.
- [86] KARILA L, COSCAS S, BENYAMINA A, REYNAUD M. Consommations pathologiques d'alcool à l'adolescence. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2007, 37-216-G-50.
- [87] KARILA L, REYNAUD M. Facteurs de risque et de vulnérabilité. In : M Reynaud. *Traité d'Addictologie*. Paris, Flammarion, 2006, 43-46.
- [88] KEATING D. Adolescent thinking. In : SS Feldman, G Elliott. *At the threshold : The developing adolescent*. Cambridge, Harvard University Press, 1990, 54-90.
- [89] KOBAK RR. *The Attachment Interview Q-Set*. University of Delaware, Department of Psychology, 1993.
- [90] KOBAK RR, COLE HE, FERENZ-GILLIES R *et al*. Attachment and emotion regulation during mother-teen problem-solving : A control theory analysis. *Child Development*, 1993, 64, 231-245.

- [91] KOBAK RR, COLE HE. Attachment and Meta-Monitoring : Implications for Adolescent Autonomy and Psychopathology. *In* : Cicchetti, D Rochester. *Rochester symposium on development and psychopathology, vol 5. Disorders of the self*. NY : University of Rochester Press, 1995, 267-297.
- [92] KOBAK RR, DUEMMLER S. Attachment and conversation : Toward a discourse analysis of adolescent and adult security. *In* : K Bartholomew, D Perlman. *Advances in personal relationships : vol 5. Attachment processes in adulthood*. London, 1994, 121-149.
- [93] KOBAK R, ESPOSITO A. Levels processing parent-child relationships : implications for clinical assessment and treatment. *In* : L Atkinson, S Goldberg. *Attachment issues in psychopathology and interventions*, 2004, 139-166.
- [94] KOBAK RR, SCEERY A. Attachment in late adolescence : Working models, affects regulation and representations of self and others. *Child Development*, 1988, 59, 135-146.
- [95] LEOVICI S, STOLERU S. *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste*. Bayard Centurion, 2003.
- [96] LEGLEYE S, SPILKA S, LE NEZET O. Drogues à l'adolescence en 2005- Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France- Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD. *Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies*, 2007.
- [97] LYONS-RUTH K, BLOCK D. The disturbed caregiving system : relations among childhood trauma, maternal caregiving and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 1996, 17, 257-275.
- [98] LYONS-RUTH K, SPIELMAN E. Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting : integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 2004, 25, 318-335.
- [99] MACKEY SK. Adolescent and attachment, from theory to treatment implications. *In* : Erdman, Cappery. *Attachment and family system*. New York, Bunner Routledge, 2003, 79-113.

- [100] MAGAI C. Affect, imagery and attachment : Working models of interpersonal affect and the socialization of emotion. *In* : J Cassidy, PR Shaver. *Handbook of attachment*. Guildford Press, New York, 1999, 787-802.
- [101] MAIN M. Cross-cultural studies of attachment organization : recent studies ; changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 1990, 33(1), 48-61.
- [102] MAIN M. Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) model of attachment : findings and directions for future research. *In* : CM Parkes, J Stevenson-Hinde, P Marris. *Attachment across the life cycle*. Tavistock/Routledge, Londres, 1991, 127-159.
- [103] MAIN M, KAPLAN N, CASSIDY J. Security in infancy, childhood, and adulthood : a move to the level of representation. *In* : I Bretherton, E Waters. *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research Child Development*, 1985, 50, 66-104.
- [104] MAIN M, SALOMON J. Discovery of an insecure disorganised-disoriented attachment pattern. *In* : TB Brazelton, MW Yogman. *Affective Development in Infancy*, 1988, 95-124.
- [105] MALLINCKRODT B. Attachment, social competencies, social support and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 2000, 10, 239-283.
- [106] MARCELLI D, BRACONNIER A. *Adolescence et psychopathologie*. Masson, Paris, 2004.
- [107] MC LELLAN AT, LUBORSKY L, WOODY GE *et al*. Predicting response to drug and alcohol treatments : rôle of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry*, 1983, 40, 620-625.
- [108] MC NALLY AM, PALFAI TP, LEVINE RV, MOORE BM. Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults : The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 2003, 28, 1115-1127.
- [109] MICKELSON KD, KESSLER RC, SHAVER PR. Adult Attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 73, 1092-1106.

- [110] MILDT-CFES. *Drogues : Savoir plus, prévention de l'usage de drogues*. Le livret de connaissance. Paris, 2002, 69p.
- [111] MILJKOVITCH R. *L'attachement au cours de la vie : Modèles internes opérants et narratifs*. Paris, PUF, 2001.
- [112] MILJKOVITCH R. L'attachement au niveau des représentations. *In* : N Guedeney, A Guedeney. *L'attachement : concepts et applications*. Paris, Masson, 2002, 27-35.
- [113] MOFFITT TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior : A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 1993, 100, 674-701.
- [114] MOREL A, REYNAUD M. Les modalités de consommation à risques. *In* : M Reynaud. *Usage nocif de substance psychoactive*. Paris, La Documentation Française, 2000.
- [115] MORETTI MM, HOLLAND R. The journey of adolescence. *In* : SM Johnson, VE Whiffen. *Attachment processes in couple and family therapy*. New York, The Guildford Press, 2003, 235-257.
- [116] NACHMIAS M, GUNNAR M, MANGELSDORF S *et al.* Behavioural inhibition and stress reactivity : the moderating role of attachment security. *Child Development*, 1996, 67, 508-522.
- [117] NEZELOF S, STEPHAN P, VANDEL P, BOLOGNINI M, PLANCHEREL B, VENISSE JL, *et al.* Consommations de drogues et conduites de dépendance. *In* : M Corcos, M Flament, P Jeammet, editors. *Les conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes*. Paris, Masson, 2003.
- [118] OPPENHEIM D, EMDE RN, WARREN S. Children's narrative representations of mothers : Their development and associations with child and mother adaptation. *Child Development*, 1997, 68(1), 127-138.
- [119] PERDEREAU F, ATGER F, GUEDENEY N. Evaluation de l'attachement chez l'adolescent et l'adulte. *In* : N Guedeney, A Guedeney. *L'attachement : concepts et applications*. Paris, Masson, 2006, 2ème éd., 129-142.

- [120] PETRAITIS J, FLAY BR, MILLER TQ, TORPY EJ, GREINER B. Illicit substance use among adolescents : A matrix of prospective predictors. *Substance Use and Misuse*, 1998, 33, 2561-2604.
- [121] PHAN O, CORCOS M, GIRARDON N, NEZELOF S, JEAMMET P. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2005, 37-216-G-40.
- [122] PIERREHUMBERT B. *Le premier lien : Théorie de l'attachement*. Paris, Odile Jacob, 2003.
- [123] RABOUAM C, MORAL7S-HUET M, MILJKOVITCH R. Soins parentaux et attachement. In : N Guedeney, A Guedeney. *L'attachement : concepts et applications*. Paris, Masson, 2002, 59-68.
- [124] RAMAEKERS JG, BERGHAUS G, VAN LAAR M, DRUMMER OH. Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence*. 2004, 73(2), 109-119.
- [125] REYNAUD M. Mieux comprendre pour mieux traiter. In : D Bailly, JL Venisse. *Addictions et psychiatrie*. Paris, Masson, 2005, 24-31.
- [126] REYNAUD M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In : M Reynaud. *Traité d'Addictologie*. Paris, Flammarion, 2006, 3-13.
- [127] REYNAUD M, PARQUET JP, LAGRUE G. *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris, Odile Jacob, 2000.
- [128] ROSENSTEIN DS, HOROWITZ HA. Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64(2), 244-253.
- [129] SATTERFIELD WA, LYDDON WJ. Client attachment and the working alliance. *Counseling Psychology Quarterly*, 1998, 11, 407-415.
- [130] SCHINDLER A, THOMASIU R, SACK PM, GEMEINHARDT B, KÜSTNER U, ECKERT J. Attachment and substance use disorder : A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment and Human Development*, 2005, 7(3), 207-228.

- [131] SCHUENGEL C, BAKERMANS-KRANENBURG M, VAN IJZENDOORN M. Frigh-
tening maternal behaviour linking unresolved loss and disorganized infant attachment.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1999, 67, 54-63.
- [132] SHARFE H. A comparison of self report and interview rating of attachment. 1999 (un-
published manuscript).
- [133] SHAVER PR, MIKULINCER M. Attachment-related psychodynamics. *Attachment and
Human Development*, 2002, 4, 133-161.
- [134] SIMPSON JA, RHOLES WS. Fearful-avoidance, disorganisation, and multiple working
models : Some directions for future theory and research. *Attachment and Human Deve-
lopment*, 2002, 4, 223-229.
- [135] SLADE A. Parental Reflective Functioning : An Introduction. *Attachment and Human
Development*, 2005, 7(3), 269-281.
- [136] SROUFE LA, FLEESON J. Attachment and the construction of relationships. In : W
Hartup, Z Rubin. *Relationships and development*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum, 1986,
51-71.
- [137] STEINBERG L. Interdependency in the family : Autonomy, conflict, and harmony in the
parent-adolescent relationship. In : S Feldman, G Elliott. *At the threshold : The developing
adolescent*. Cambridge, Harvard University Press, 1990, 255-276.
- [138] THORBERG FA, LYVERS M. Attachment, fear of intimacy and differentiation of self
among clients in substance disorder treatments facilities. *Addictive Behaviors*, 2006, 31,
732-737.
- [139] VALLEUR M, VELEA D. Les addictions sans drogue(s). *Rev Toxibase*, 2002 (n°6), 1-15.
- [140] VAN DEN BOOM DC. Neonatal irritability and the development of attachment. In : GA
Kohnstamm, JE Bates, MK Rothbart. *Temperament in childhood*. Chichester, England,
1989, 299-318.
- [141] VAN DEN BOOM DC. Do First-Year Intervention Effects Endure ? Follow-up during
Toddlerhood of a Sample of Dutch Irritable Infants. *Child Development*, 1995, 66, 1798-
1816.

- [142] VAN IJZENDOORN MH, DE WOLFF MS. In search of the absent father – meta-analysis of infant-father attachment : A rejoinder to our discussants. *Child Development*, 1997, 68(4), 604-609.
- [143] VUNGKHANCHING M, SHER KJ, JACKSON KM, PARRA GR. Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, 75, 47-53.
- [144] WINNICOTT DW. Primary maternal preoccupation. In : JD Sutherland. *Through pediatrics to psycho-analysis*. The International Psycho-Analytical Library, London, 1956, 300-305.
- [145] ZAZZO R. *L'attachement*. Paris, Delachaux&Niestlé, 2ème éd, 1979.
- [146] ZIMMERMANN P. Structure and functioning of internal working models of attachment and their role for emotion regulation. *Attachment and Human Development*, 1999, 25, 107-124.
- [147] ZIMMERMANN P. Attachment representations and characteristics of friendship relations during adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2004, 88, 83-101.
- [148] ZIMMERMANN P, BECKER-STOLL F. Stability of attachment representations during adolescence : the influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 2002, 25, 107-124.
- [149] ZUCKERMAN M, BUCHSBAUM M, MURPHY D. Sensation seeking and its biological correlates. *Psychological Bulletin*, 1980, 88, 189-214.

RÉSUMÉ :

Les modifications récentes des comportements des adolescents vis-à-vis de la consommation de substances psychoactives inquiètent à juste titre les professionnels de santé : précocité des premières expérimentations, polyexpérimentations, association à d'autres conduites à risque, ... Le dépistage précoce des modalités de consommation à risque d'évolution vers les conduites addictives au sens strict du terme, suppose un élargissement de la réflexion au-delà du repérage purement descriptif de ces consommations, ainsi que la recherche de facteurs associés de prédisposition et de vulnérabilité. La théorie de l'attachement, développée par Bowlby et ses successeurs, différencie plusieurs patterns d'attachement impliquant différents types de régulation émotionnelle et stratégies d'adaptation de l'individu à son environnement. Elle apporte un éclairage complémentaire à d'autres modèles de compréhension du fonctionnement psychique, et pourrait être particulièrement pertinente dans l'approche de l'addiction à l'adolescence au sens où elle met en exergue l'importance des conduites d'exploration, et leurs liens avec les relations précoces établies entre l'adolescent et ses parents. Au travers d'une revue de la littérature et de deux cas cliniques, nous avons tenté de dégager les modalités d'attachement les plus à même de rendre compte d'une vulnérabilité accrue des adolescents à s'engager dans des conduites addictives au décours des premières rencontres avec le produit. Le repérage et l'identification de ce facteur de vulnérabilité, parmi bien d'autres, pourraient constituer un élément de dépistage supplémentaire afin d'identifier ces adolescents à risque ; ainsi qu'une modalité d'approche de la conduite un peu différente au travers de ces inter-relations entre l'adolescent et son entourage.

TITRE en anglais : Practical addiction in adolescence and attachment theory

DISCIPLINE : Psychiatrie

MOTS-CLÉS : Attachement ; Adolescence ; Addiction ; Dépistage