

Faculté de Médecine d'Oran

Département de Médecine

Conférence de 3^{ème} année de pédopsychiatrie

Les addictions chez l'adolescent

Pr. S. Mouffok

Maitre de conférences « A » en Pédopsychiatrie

Service de Pédopsychiatrie

Etablissement Hospitalier Spécialisé de psychiatrie d'Oran - Sidi Chami

Les addictions chez l'adolescent

Avant-propos :

- On connaît aujourd'hui les profondes transformations sociologiques qui affectent la famille d'aujourd'hui : monoparentale, unie par différentes formes d'union, recomposée, homo parentale, etc, et de l'adolescence on sait qu'elle pose avant tout la question de la sortie de l'enfant hors de sa famille pour suivre son destin propre.
- La théorie du complexe du homard de Françoise Dolto, a permis de vulgariser la problématique adolescente. Les homards, quand ils changent de carapace, perdent d'abord l'ancienne et restent sans défense, le temps d'en fabriquer une nouvelle. Pendant ce temps-là ils sont très en danger. Ce n'est pas évident avec l'adolescent qui n'est pas un crustacé, il se développe humainement avec amour et il est très difficile de le protéger des menaces intérieures ou extérieures.
- L'adolescent a besoin de ses parents pour être confronté à d'autres modes de pensée que ceux que lui impose sa culture ;
- La famille, structure à la fois sociale et intime est la courroie de transmission centrale entre l'individu et la société. La famille est donc un lieu d'intervention privilégié dans les pathologies de l'adolescence.
- ***La qualité de « l'envol » de l'adolescent dépend de la solidité du « tremplin » familial.***

I) Introduction- Généralités :

L'usage d'alcool et de drogues illicites chez les adolescents est aujourd'hui une préoccupation de santé publique majeure. Bien que la grande majorité ne présente pas de problèmes de toxicomanie vraie, il faut reconnaître qu'une proportion importante de ces jeunes fait un usage abusif de substances psychoactives (SPA).

Plusieurs études concluent que la structure familiale, les relations dans la famille et les influences que celle-ci exerce, constituent des facteurs de risque quant à l'engagement du jeune dans le comportement déviant. Notamment, les enfants et adolescents qui expérimentent des transitions familiales difficiles consécutives à un divorce ou à un remariage de leurs parents seraient plus susceptibles de développer des problèmes d'adaptation et de déviance. Le risque serait accru lorsque les parents abusent eux-mêmes des SPA (Keller, Catalano, Haggerty & Flemming.2002).

Les interventions orientées vers la famille s'appuient sur deux présupposés fondamentaux :

1) La famille joue un rôle important dans l'émergence de conditions reliées à l'usage de drogues de l'adolescent.

2) Un contexte familial et des relations parents-enfants peuvent protéger l'adolescent contre l'usage de drogues et/ou s'avérer un antidote à un usage de drogues déjà amorcé.

La thérapie familiale nous permet d'accueillir les familles de manières différentes.

Nous rencontrons les familles de nos patients pas simplement dans une visée de recueil d'informations, de constitution d'anamnèse ou de guidance parentale. Mais en les considérant comme des partenaires dans le processus thérapeutique, parce que les ressources, qui y résident, sont à notre sens incontournables.

Ainsi, l'équilibre familial et le malaise d'un des membres sont intimement liés, même celui de l'adolescent qui est encore considéré dans la plupart de nos familles comme un jeune enfant dépendant et soudé à sa famille.

Dans cette thématique, nous pensons que l'approche familiale permet de s'écarter du manichéisme opposant deux versions :

La première version qualifiée de douce ; à savoir celle des familles innocentes où les origines du problème sont extérieures au système familial ; là, il faut soigner le toxicomane, ne rien changer à la famille et compatir avec elle.

La deuxième version qualifiée de « dure » ; celle des familles coupables, diaboliques, où il faut soustraire le patient désigné toxicomane à ce milieu dit « pathogène », lui proposer des thérapies individuelles et seulement un accompagnement pour la famille ou les parents.

II) Les bouleversements à l'adolescence :

Adolescence vient du mot latin adolescens qui existe depuis 1327 et qui veut exprimer le couple antithétique adolescere et abolescere (adolescere : devenir adulte et abolescere : se détruire, se perdre). Au XVe siècle, il est utilisé pour définir «une jeune personne inexpérimentée» et, au XVIe, Ronsard l'utilise comme adjectif, «un jeune homme adolescent». Au XXe siècle, on définit l'identité d'adolescent, utilisé en tant que nom propre : un adolescent, une adolescente.

L'adolescence, qui couvre la période allant de douze à dix-huit ans environ (variation d'un ou deux ans selon les références), se particularise par quatre types de modifications au niveau biopsychosocial et cognitif.

Modifications biologiques :

Il s'agit d'une période critique au vu des particularités neurodéveloppementales avec une activité plus importante du système dopaminergique et une immaturité du système inhibiteur sérotoninergique qui favorisent l'impulsivité et la recherche de nouvelles sensations. Or, si cet état est en général transitoire, l'effet direct de certaines drogues (alcool, nicotine, cannabis, cocaïne, opiacés, jeux, cyberaddiction...) sur le système dopaminergique (par une augmentation de la libération de la dopamine) peut induire des changements et favoriser certains circuits à long terme, à la base du comportement addictif. Les hormones sexuelles influenceraient aussi le circuit promotionnel dopaminergique et favoriseraient la recherche de sensations nouvelles.

Modifications psychologiques :

On observe un remaniement de la personnalité affective, l'adolescent doit effectuer le «deuil des imagos parentales» ; ce travail de deuil étant un processus qui permet de ne pas finir avec ce qui est mort. Il s'agit ici d'une rupture avec l'image que les parents représentent pour le jeune.

Ce processus se fait en plusieurs étapes. Tout commence avec le retour de ce qui a été refoulé durant la latence, c'est-à-dire les pulsions infantiles. Ce retour est massif et incontrôlable pour l'adolescent, faisant échouer le Moi dans ses tentatives d'équilibre. Il est anxieux, déprimé, inhibé. Il fait des actes antisociaux. L'aspect défensif ne réussit pas à retenir l'aspect émotionnel. Le côté oral se traduit par de la boulimie, de l'anorexie et de l'avidité sur tous les plans. Les pulsions anales reviennent à travers l'agressivité, le «non !», modifiant tous ses rapports avec l'ordre, le pouvoir. Le retour aussi des pulsions phalliques et oedipiennes vis-à-vis des parents, créant le sentiment de «honte des parents», Plus l'adolescent se sent dépendant d'eux, plus il sera agressif à leur égard. Il existe également durant l'adolescence l'étape de la génitalisation (ou l'accession à la sexualité adulte). La relation objectale va se focaliser sur des objets successifs qui vont permettre à l'adolescent d'accéder à la sexualité adulte.

Modifications cognitives :

Elles recouvrent l'ensemble des activités mentales par lesquelles nous acquérons, élaborons et utilisons des connaissances sur notre environnement.

La recherche en neuroimagerie montre des modifications cérébrales importantes : épaissement du corps calleux, qui améliore la capacité du jeune à traiter les informations; le développement du cortex préfrontal, impliqué dans le raisonnement, la prise de décision et le contrôle de soi ; et l'amygdale, la part du système limbique qui est le siège des émotions. Le développement du lobe frontal est plus tardif que le développement de l'amygdale, ce qui explique entre autres les difficultés des adolescents à gérer et à contrôler leurs humeurs.

Modifications sociologiques :

«La jeunesse est un défaut... Mais les défauts de l'âge, c'est de voir les défauts de la jeunesse» disait Thomas Bernhard. En effet, les adolescents ont le sens du dévouement et de l'engagement pour autrui. Si la défense intellectuelle des grandes causes a perdu, à leurs yeux, de leur attrait, si le goût de la révolution s'est effacé, ils n'en demeurent pas moins offusqués par toutes les médiocrités et les compromissions ambiantes. Ils demeurent, par conséquent, attachés à l'idéal de justice, à la lutte au quotidien contre la pauvreté, le racisme et les discriminations. Ils n'ont de cesse de s'inquiéter de ce qui se passe autour d'eux. Une génération en quête d'idéal qui, devant la société et la vie telles que proposées aujourd'hui, montre une forme de résignation et de fatalisme. Souvent les adolescents se dressent, avec révolte parfois, contre les misères du monde.

III) L'adolescence en Algérie, une transition difficile voire impossible :

- El-Boulough est le terme le plus communément utilisé pour signifier dans notre langage de tous les jours qu'un individu est sorti de l'enfance et que, de ce fait, il est du point de vue de la nubilité tout à fait mature. En fait, si l'adolescence commence à la puberté, elle ne se confond pas avec elle.
- Elle est plutôt, un phénomène de civilisation. Ceci est d'autant plus vrai dans notre contexte socioculturel, où il n'y a pas longtemps encore la puberté (El-Boulough) signait l'admission de l'individu dans la société des adultes.
- En effet, dans l'organisation sociale et familiale traditionnelle, l'individu accédait sans transition au statut d'adulte dès la puberté, notamment par le biais du mariage. C'est ainsi que dès que l'aptitude à se reproduire se manifestait, l'individu était marié et se trouvait de ce fait confronté à de nouvelles responsabilités et à un nouveau statut.
- Ce qui explique sans doute pourquoi le mot adolescence (Mourahaka) n'a pas d'équivalent dans notre langage parlé.
- Le passage sans transition du statut d'enfant au statut d'homme marié ou de femme mariée faisait qu'il n'y avait pas de place pour cette expérience adolescente, née de l'évolution des sociétés. Et si le terme désignant cette expérience n'existe pas dans notre langue parlée, c'est sans doute parce qu'il n'y avait aucune expérience de ce genre qu'on pouvait désigner comme telle.
- Un autre fait culturel vient s'ajouter à ce fait social qui est le mariage pour confirmer l'individu dans son nouveau statut: c'est la double obligation à laquelle l'individu nouvellement pubère est dorénavant obligé de se soumettre: le jeûne pendant le mois de carême et l'obligation de faire la prière.

- En effet, comme l'écrivent Salmi et Aït Mohand, en milieu traditionnel maghrébin, la puberté marque le début du Taklif (obligation religieuse). Par ailleurs, ajoutent ces deux auteurs, un certain nombre d'interdits sont imposés à l'adolescent tels que l'exclusion du gynécée pour le garçon, le port du haïk et le hedjab pour la fille. Autant de signifiants qui introduisent directement l'adolescent dans le monde codifié de l'adulte.
- Mais tout cela se passait autrefois. Qu'en est-il aujourd'hui ? Si on parle de plus en plus d'adolescents et que les travaux de recherche s'accumulent de plus en plus dans un essai de compréhension de ce «phénomène», c'est qu'il y a un problème qu'on ne peut plus nier.
- Nous sommes de plus en plus confrontés dans notre pratique quotidienne à bon nombre de jeunes qui ne sont plus des enfants, mais sont-ils des adultes ? Et qu'offre notre société actuelle à ces jeunes dont le nombre sans cesse grandissant ne manquera certainement pas de devenir problématique s'il n'est pas sérieusement pris en considération.
- Par ailleurs, l'intervention des médias, de l'école, de la rue ainsi que de nouveaux schémas de vie introduits de divers côtés, de façon parfois tumultueuse et insuffisamment canalisés et contrôlés, comme l'écrit Ammar (1981, p.43), ont fait que les lignes de forces traditionnelles ont fini par céder avec pour corollaire la désintégration des anciennes valeurs.
- Et c'est ainsi que l'organisation familiale traditionnelle qui reposait tout entière sur l'autorité absolue du père s'est trouvée totalement remise en question, notamment par l'apparition sociale de cet individu nouveau qu'on appelle «l'adolescent», lequel il n'y a pas longtemps encore n'existait pas.
- En effet, il n'y a pas longtemps encore les adultes ne se posaient pas d'autres questions que celle de l'éducation des enfants. Cette époque révolue, et face à tous ces jeunes qui ne sont plus des enfants et qui, par le fait des profonds bouleversements que connaît la société algérienne, ne peuvent pas non plus être considérés comme des adultes, beaucoup de parents peu préparés à leur rôle actuel connaissent eux-mêmes d'énormes difficultés.
- Dépassés par les événements et bouleversés dans leur assurance normative et éthique, ils se trouvent confrontés à des jeunes gens et à des jeunes filles qu'ils ne savent plus comment situer.
- Cela se traduit au plan socio-éducatif par une démission des responsabilités parentales et un transfert de celles-ci sur ce que le Pr Mahfoud Boucebci qualifie d'état père symbolisé par l'école, fondant tous leurs espoirs sur le rôle formateur de l'institution éducative. Cependant, les énormes difficultés que rencontre cette institution: effectifs pléthoriques, maîtres débordés ou insuffisamment formés, font que l'école ne peut répondre à cette attente parentale.
- L'adolescence tend à devenir une phase de durée plus ou moins longue .

- La majorité des jeunes se trouvent, faute de centres de formation professionnelle en nombre suffisant, dans une situation qui, surtout en milieu urbain, est marquée par un désœuvrement plus ou moins caractérisé.

IV) Qu'est-ce qu'un adolescent difficile ?

- Actuellement, quand on parle d'adolescents difficiles, en clinique infanto-juvénile, on fait référence à des adolescents en souffrance, qui en réalité se situent à l'interface du psychiatrique, du judiciaire et du socio-éducatif, et dont l'expression clinique emprunte le masque comportemental de l'agir et des passages à l'acte dyssociaux.
- Il s'agit en effet d'adolescents, qui engendrent presque toujours, dans les équipes qui s'en occupent, tant soignantes que judiciaires, éducatives ou pédagogiques, un investissement souvent excessif dans un premier temps et puis dans un deuxième temps un rejet manifeste et parfois des ruptures violentes, des cassures.
- Ces jeunes gens ou jeunes filles ont été qualifiés d'adolescents insupportables, de cas lourds, parfois de cas sociaux ou tout simplement de délinquants.
- Nous préférons de loin l'expression « Patates chaudes » que nous trouvons plus chaleureuse, plus humaine et plus tolérante, dans le sens où il y a toujours moyen de refroidir ces patates et d'en faire quelque chose de bon ; ce qui n'est pas ce que sous-entendent les termes délinquants, incasables ou cas lourds.

V) épidémiologie des addictions à l'adolescence :

Mesure de l'étendue de l'addiction à l'échelle mondiale est rendue difficile :

- Rareté des études épidémiologiques
- Difficulté de comparaison des travaux nationaux et internationaux.

Au Maghreb :

- Peu de travaux font référence aux problèmes des pharmacodépendances et ses graves répercussions sur la santé publique (sujet restant "Tabou").
- Frontières perméables surtout entre Algérie, Tunisie et Maroc et les contacts sont étroits facilitant la circulation des personnes et des produits psycho actifs.
- Début de prise de conscience des autorités publiques de l'ampleur de ce fléau.
- Addictions actuelles ou modernes affectent les populations jeunes et touchent tous les milieux socioculturels et économiques.
- Poly-intoxication où la consommation d'alcool, de cannabis et de psychotrope détournés prend une place non négligeable.

En Algérie

- Enquête nationale sur la prévalence de la drogue (ONLCDT/Egide du Ministère de la justice).
- Taux Prévalence de la consommation de drogue : 1,15%.
Garçon : 1,69% fille : 0,67%
- M. Oueld Taleb et F. Kacha (1998) en milieu scolaire : enfants ont expérimenté le cannabis dans 30% des cas, l'alcool dans 20% des cas, les drogues dures dans 5% des cas et les solvants volatiles dans 5% des cas.
- A. Ait Mohand (2000, 2004) dans 14 lycées d'Alger : 14% des élèves interrogés ont consommé de la drogue au moins une fois dans l'établissement scolaire ou dans leur environnement immédiat.

En Tunisie :

- M. Hedda. et al (2009) : 1021 élèves âgés de 12-17 ans scolarisés à Sousse :
Prévalence dépendance au tabac 3,7%
Prévalence dépendance à l'alcool 5,9%
- Enquête INSP (2005) : N=2953 jeunes, 15-24 ans a montré :
10% ont consommé de la drogue
3,3% continue à en consommer durant l'enquête.

Au Maroc :

- Enquête MedSPAD (2006) en milieu lycéen de Rabat-Salé : Usage des drogues :
52,2% (15-17 ans)
44,8% >17 ans
Garçon : 19,5% pour le tabac
16,6% pour l'alcool
12,5% pour le cannabis
9,5 % pour les psychotropes
Fille : 10,2% pour le tabac
8,4% pour les psychotropes

4,7% pour l'alcool

3,5% consomment des drogues par IV

En Europe :

- Enquête ESCAPAD (2000), jeunes de 17 ans :

Tabagisme quotidien

33% garçons et 32% filles

Usage d'alcool : 6% garçons et 5% filles (12-14 ans)

- Rapport OEDT :

Usage cannabis : 21,8% pour les expérimentateurs, 6,8% au cours des 12 derniers mois

Usage de Cocaïne (France) : augmentation de la prévalence < 0,5 à > 1% (15-34 ans).

Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue en Europe (2007) montre que l'usage d'amphétamines chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans est de :

2,5% Espagne

> 3% Allemagne/Royaume-Uni

> 5% Danemark/Estonie

Aux États-Unis :

- L.D. Johnston et al. 2006 ont montré 13,6 % des élèves de fin de lycée fument quotidiennement.
- Prévalence de l'Abus/usage d'alcool sur la base des déclarations des mères : 1,9% et de 3,5% sur la base des auto-déclarations des adolescents.
- 28% des adolescents âgés de 12-17 ans et 59% de ceux âgés de 18-25 ans déclarent avoir utilisé le cannabis durant leur vie.

VI) causes de l'addiction chez l'adolescent

L'usage d'un produit est rare avant quinze ans, mais se banalise dès seize - dix-sept ans. Il existe une diminution de l'âge du premier contact avec le produit ou la drogue (dès onze-douze ans). La précocité de consommation représente l'un des facteurs de risque les plus significatifs et les plus puissants en termes de prédiction d'une future consommation abusive et du développement d'une dépendance.

Une consommation régulière à l'adolescence doit être considérée comme une consommation à risque, quel que soit le produit utilisé. La consommation régulière d'un produit va de pair avec d'autres troubles (troubles des conduites, plaintes somatiques et troubles de l'humeur), et cette liaison est quasi linéaire.

L'addiction chez le jeune représente une recherche de sensations et un remède face à certains symptômes dépressifs et/ou anxieux. Des lacunes, des ruptures répétées dans les relations précoces de maternage, quelle qu'en soit la cause, débouchent sur un tissu émotionnel défaillant dont les manques ne sauraient être comblés que par des sensations : un passé vide d'émotions doit être comblé par un présent rempli de sensations.

La pathologie de l'addiction est d'abord une pathologie des sensations. Ces besoins de sensations nécessitent la présence de l'objet (produit, conduites à risque, etc.) et requièrent un agir.

Or, la sensation ne laisse pas de trace psychique, précisément parce qu'elle appartient au registre de l'activation sensorielle : elle est dans l'ordre du besoin et de sa répétition ; elle dépend de l'acte qui en résulte, contrairement à l'émotion qui s'inscrit dans le registre symbolique de la parole. Elle exprime aussi la préférence de l'adolescent pour un recours à une solution extérieure, couplée à un «évitement de penser» qui traduit soit un médiocre investissement des processus de pensées, soit une défiance à leur égard («ça ne sert à rien», «ça me prend la tête»...).

Le passage d'une consommation conviviale modérée à une consommation autothérapeutique confirme, en général, l'effondrement psychique avec un échec des mécanismes d'adaptation et de défense. L'augmentation de la consommation correspond à un besoin d'anesthésie de la pensée afin de faire taire les brèves émergences d'angoisse ou de dépression, et signe le renoncement à penser.

VII) comment les adolescents consomment :

Dans **la consommation conviviale**, l'effet recherché du produit est l'euphorie ; c'est une consommation entre copains, jamais seul, pendant les fêtes, les week-ends, les vacances.

Le cursus scolaire est maintenu, le jeune conserve ses activités sportives, culturelles, sociales. Néanmoins le fléchissement scolaire est habituel. Dans ce type de consommation,

on ne retrouve pas nécessairement de facteurs de risque familiaux, et les facteurs de risque individuels sont en général absents.

Dans **la consommation autothérapeutique**, c'est l'effet anxiolytique du produit qui est recherché. Il s'agit d'une consommation plus régulière qui est souvent solitaire, en particulier le soir dans la chambre. Sur le plan de la scolarité, les premiers signes d'un décrochage (redoublements successifs) ou d'un échec scolaire apparaissent. De même, l'adolescent s'éloigne souvent de ses activités habituelles, pratiquées de façon plus

irrégulière. Sa vie sociale est plutôt pauvre avec un isolement relatif. Les facteurs de risque familiaux ne sont pas nécessairement présents. En revanche, on retrouve souvent des facteurs de risque individuels actuels ou anciens. Parmi eux, nous signalerons la fréquence des troubles du sommeil (difficultés importantes d'endormissement, cauchemars, etc.).

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

VII) Aspects thérapeutiques :

Pour une bonne prise en charge, il faut évaluer :

- l'état physique du sujet ;
- l'équilibre psychique et les principaux symptômes de souffrance psychique ;
- la dynamique familiale ;
- le produit consommé (la quantité, la durée, les effets, la tolérance, etc.) ;
- le cadre social et l'environnement ;
- les principales modifications (individuelles et familiales) apparues depuis le début de la consommation ;
- les symptômes qui, éventuellement, précédaient le début de la consommation.

Ceci prend du temps et doit permettre un engagement relationnel sincère entre le jeune et le soignant. Seule une prise en charge globale de l'ensemble des difficultés du jeune est susceptible d'aboutir à une modification des modes de consommation. Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, les attitudes autoritaires ou «surmoïques» («lui faire la leçon») sont inefficaces et même nuisibles, dans la mesure où elles risquent de disqualifier pour longtemps toute relation ultérieure de soin. Le jeune doit se sentir partenaire de l'information partagée et non pas victime potentielle d'une information imposée. Enfin, la rencontre avec l'entourage, les parents au premier chef, mais parfois aussi les autres

membres du réseau de soin est indispensable. La seule urgence pour un adolescent est l'urgence d'écoute.

Dans la consommation conviviale, le travail de prévention est primordial, il faut donner de l'information sur les produits aux jeunes et aux parents. A ce stade, il est disproportionné que les parents soient angoissés au point de parler déjà de toxicomanie pour leurs adolescents mais aussi, inversement, qu'ils y soient indifférents, voire cautionnent celle-ci.

Face à une consommation plus importante, des signes de souffrance relationnelle, scolaire ou psychique sont présents dès le début de la consommation et doivent être pris au sérieux. A ce moment, un traitement psychothérapeutique (individuel et familial le plus souvent) est envisagé, éventuellement une médication. La stigmatisation toutefois n'est jamais une bonne approche, le jeune pouvant radicalement changer.

Lors d'une consommation autothérapeutique, l'adolescent parle peu : la difficulté à s'exprimer par la parole est habituelle sinon constante, reflet de cette douleur à penser.

Tout en convenant d'une certaine distance, le soignant doit gagner la confiance du jeune en l'interpellant et en évitant les trop longs silences qui risquent d'être perçus par l'adolescent comme un rejet ou une indifférence ! Il est important que le soignant montre clairement son souci pour sa santé en identifiant précisément, avec lui et en tant qu'acteur de ses soins, tous les facteurs de risques et de maintien de sa consommation.

L'adolescent en difficulté présente souvent un grave déficit narcissique : il se trouve nul, moche, bon à rien, n'a pas de but, se demande à quoi cela sert de vivre. Le thérapeute verbalisera la souffrance du jeune et investira plutôt les pensées positives qui émaneront de la discussion. On note généralement une pauvreté du discours. Le jeune éprouve de réelles difficultés à penser : pour lui, penser est d'abord et avant tout signe de souffrance. Le soignant doit l'amener à raconter tout ce qu'il a vécu depuis le dernier rendez-vous. Petit à petit, l'adolescent réfléchit et élabore un esprit critique sur ce qu'il vit, mettant en place progressivement une pensée autonome.

Dès qu'un adolescent présentant des conduites autothérapeutiques parvient à penser, il accepte rapidement de reconnaître que son comportement addictif est un moyen de lutter contre la dépression ou l'anxiété. Il est souhaitable d'attendre le moment opportun pour proposer à un jeune présentant des conduites autothérapeutiques une alternative médicamenteuse à sa consommation. Ensuite, il faut laisser cette idée cheminer lentement dans le psychisme de l'adolescent.

Au total : Implications pratiques

- Créer un lien de confiance avec le jeune sans stigmatiser ou prendre un rôle moralisateur qui nuirait à la relation thérapeutique
- Déterminer avec le jeune sa relation avec le produit : celle-ci est-elle plutôt festive, thérapeutique ou addictive ?
- Evaluer dans un premier entretien l'état physique et psychologique du jeune, les souffrances psychiques si existantes, l'équilibre familial, la relation avec ses pairs, la situation à l'école, les symptômes précédant les premières consommations et les symptômes apparus après les consommations

Conclusion :

- Les addictions peuvent toucher homme et femme au même titre, toutes les catégories d'âge, d'ethnie, de milieu socioculturel. Cependant, à l'adolescence, il existe une vulnérabilité plus importante liée à l'immaturité du sujet, qui prédispose à la quête de sensations et d'expérimentations.
- Les produits addictifs sont majoritairement l'alcool, le tabac, le cannabis, les tranquillisants, les hypnotiques, les Poppers, les cyberaddictions avec les jeux en ligne en réseau et les *chats*.
- Rétablir la communication avec les parents, en les informant sur les difficultés psychologiques de l'adolescent, est une étape primordiale. Il est important d'arriver à soutenir les parents en les renforçant dans leur rôle et en répondant à leurs questionnements quant à la conduite de leur enfant.
- Il faut avoir à l'esprit que dans notre société, les adultes abordent difficilement les problèmes des plus jeunes dont certains sont encore considérés « sujets tabous » comme celui de la drogue.
- Il est indispensable de réunir l'ensemble des membres de la famille et particulièrement le couple parental et de procéder à des thérapies en un seul temps avec l'ensemble des membres.
- Cette façon de faire paraît peut être difficile et forte en émotion au début, mais au final les familles que nous prenons en charge au centre finissent, la plupart du temps par être satisfaites par ces thérapies, qui les bousculent mais les soulagent par la suite.

Références bibliographiques :

- 1 Larousse, adolescence.
- 2 ** Cannard C. Le développement de l'adolescent, chap. 2 et 3. Louvain la Neuve, Belgique : De Boeck Université, 2010.
- 3 ** Enquête Escapade 2008, Fédération française de cardiologie. Réseau documentaire APS – DOC'ouvertes. Prévention des addictions auprès des jeunes. Escapade : enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de la préparation à la défense, 2008.
- 4 Enquête européenne de l'European school survey project on alcohol and other drugs. ESPAD Suisse, 2003.
- 5 Guilbert P, Gautier A, Baudier F, Trugeon A. Les comportements des 12-25 ans. Baromètre santé 2000, vol. 3.1. Paris : INPES, 2004.
- 6 Choquet M, Ledoux S. Adolescents : enquête nationale. Analyse et prospective. Paris : INSERM, 1994.
- 7 OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- 8 OFSP, Suisse.
- 9 ISPA, chiffres calculés sur la base de l'Enquête suisse sur la santé 2007.
- 10 Dewit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use : A risk factor for the development of alcohol disorders. Am J Psychiatry 2000;157:745-50.
- 11 * Corcos M, Phan O, Nezelof S, Jeammet P. Psychopathologie de l'adolescent fumeur de cannabis : cannabis. Rev Prat 2005;55:35-40.
- 12 * Gervais Y, Marcelli D. Les conduites autothérapeutiques cannabiques. In Cannabis et adolescence. Paris : Albin Michel, 2004, pp. 217-41.
- 13 * Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2004.
- 14 Kirisci L, Tarter RE, Vanyukov M, Reynolds M, Habeych M. Relation between cognitive distortions and neurobehavior disinhibition on the development of substance use during adolescence and substance use disorder by young adulthood : A prospective study. Drug and Alcohol Dependence 2004;76:125-33.
- 15 Mouffok S, Adolescence et addiction : Facteurs de risques individuels, environnementaux et psychopathologiques, thèse de doctorat en sciences médicales, Octobre 2014