

SUPPLEMENT TECHNIQUE

LES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS

En février 2005, le dispositif « consultations jeunes usagers » a été créé pour offrir aux jeunes consommateurs et à leurs parents une réponse spécifique et adaptée, principalement centrée sur l'usage de cannabis sans s'y limiter. Réunis successivement pendant deux ans par la DGS et la MILDT, les professionnels avaient amorcé une réflexion sur la place de ce dispositif. Depuis, la circulaire CSAPA en a modifié le périmètre et son annexe 4 abroge et remplace le cahier des charges de 2004. Parallèlement, le financement de l'ouverture de nouvelles consultations via le plan gouvernemental MILDT de 2008-2011 et le lancement prévu d'un dernier appel à projet en 2011 traduit la volonté institutionnelle de relancer le dispositif.

Au regard des profils d'usagers (poly-consommations et notamment alcool avec le phénomène de binge drinking, d'apéro géant) et de l'évolution du dispositif de prise en charge (plan addictions et réforme des CSAPA), il y a nécessité aujourd'hui de « déspecialiser » le dispositif et d'en spécifier les pratiques professionnelles d'intervention. Cette attente a été exprimée lors du séminaire que nous avons organisé le 17 septembre 2010 et qui a réuni 137 professionnels intervenant dans les CJC (psychologues, infirmiers, médecins, travailleurs sociaux etc..) issus de l'ensemble du territoire (17 régions représentées). Définir un corpus de « bonnes pratiques » par et pour les professionnels permettrait d'appréhender les modalités d'action de ce dispositif et d'améliorer sa visibilité et lisibilité pour les partenaires et le grand public, en prenant en compte les difficultés rencontrées lors du premier cahier des charges, ressenti comme trop contraignant par certains.

L'anitea et la F3A fédèrent 85% du dispositif consultations jeunes consommateurs. L'évolution des pratiques professionnelles en addictologie basée sur une démarche participative de réseau est une priorité de leur projet commun. La Direction Générale de la Santé avec la MILDT nous soutient pour conduire pendant un an cette démarche sur les consultations jeunes consommateurs. L'objectif central de ce projet piloté au niveau du siège par Emma Tarlevé chargée de mission anitea/F3A, est d'accompagner une meilleure explicitation et harmonisation des pratiques professionnelles en mettant en discussion et en échange les différentes études et recommandations qui existent concernant la prise en charge des jeunes consommateurs pour que les professionnels deviennent acteurs :

- De l'évolution nécessaire des modes de prise en charge de ces consultations au regard de la mise en place des CSAPA et de l'évolution des profils et des modes de consommation des usagers
- De la nécessaire articulation de ce dispositif intégré dans les CSAPA avec d'autres partenaires comme l'Education Nationale, la justice, le milieu festif, le droit commun etc...

Pour ce faire, il s'agira de mettre en mouvement le réseau des CJC en composant un groupe projet, en interrogeant les pratiques, via un questionnaire exploratoire, via des entretiens sur site auprès des professionnels et en organisant des journées inter-régionales de rencontres et d'échanges. Le rendu final sera un document PRATIQUE permettant sous forme de fiche d'être un guide sur, par exemple, la question du recrutement, du partenariat, de l'accueil, du positionnement dans le CSAPA etc...

Ce projet s'articulera avec les autres travaux en cours, notamment avec l'enquête qualitative qui va être menée par l'OFDT auprès d'un panel de CJC basée sur la méthode « focus groupe » et le travail de l'IPPSA sur la mobilisation du milieu scolaire pour le repérage, la prise en compte et l'orientation des adolescents concernés.

Dans ce supplément technique, nous vous proposons de vous restituer les principaux points soulevés lors de la journée du 17 septembre 2010 et sur la partie plus spécifiquement clinique d'une description / comparaison des TAU européennes menée par Olivier Phan et Muriel Lascaux par ailleurs impliqués dans la recherche INCANT.

Jean Pierre COUTERON
Président de l'anitea/F3A

Véronique GARGUIL
Secrétaire générale de l'anitea/F3A

Plan du document technique

- 1. Synthèse de la journée du 17 septembre sur les consultations jeunes consommateurs : du cannabis à l'alcool**
- 2. Description et comparaison des TAU européennes**

1. Synthèse de la journée du 17 septembre sur les consultations jeunes consommateurs : du cannabis à l'alcool

● Quelques Points clés de l'évaluation OFDT 2004-2007

- 278 consultations jeunes consommateurs en 2007
- le cannabis comme porte d'entrée : 92% des demandes initiales. Au remplissage du questionnaire, les questions sur l'alcool ont été « boudées » alors que celles sur le cannabis ont très bien été remplies.
- Un public majoritairement adressé par un tiers (justice : 50% du public reçu, famille, éducation nationale etc... : 25%). Les venues spontanées représentent 25%.
- Une capacité des professionnels à faire revenir le public : seulement 30% de décrochage
- Un lieu identifié par l'entourage : Entre 2005 et 2007 : augmentation de l'accueil de l'entourage
- Une demande d'aide à l'arrêt comme motif principal de venue (plus important chez les consommateurs occasionnels que les consommateurs réguliers qui sont eux plus en demande de RDR)

● Quelques constats

→ *Des montages hétérogènes*

Des montages financiers variés :

- financement intégré à la dotation globale de fonctionnement du CSAPA
- co-financement GRSP/conseil régional, ministère de la justice etc..
- portage co-financé par plusieurs associations ou services
- Des appellations diverses avec une majorité de consultations dont la porte d'entrée est le cannabis

Des modalités de coopérations et de partenariats diversifiés :

- Convention cadre avec l'inspection académique
- Partenariat privilégié avec les établissements scolaires : consultations au sein des établissements
- Convention santé-justice : avec la PJJ et les SPIP
- Partenariat renforcé avec le sanitaire et notamment les services des urgences des établissements de santé
- Partenariats associatifs, municipaux, para-municipaux, privés (service jeunesse, PAEJ, mission locales, entreprises, etc...)

Des modalités de fonctionnement diverses :

- Lieu de la consultation dans le CSAPA ou en dehors (lieu autonome ou consultations aux sein d'autres services : PAEJ, établissements scolaires, maison des adolescents etc...)
- Possibilités de Consultations avancées (établissements scolaires, centres éducatifs fermés, PAEJ, maison des adolescents, etc...)
- Modalités de coordination différentes (si co-portage, possibilité d'une coordination tournante)
- Existence de collectifs locaux pour mener une réflexion globale avec tous les acteurs en contact avec les jeunes sur les missions des consultations

→ *Des pratiques et des missions multiples*

De la prévention à l'accès aux soins : Information – intervention précoce – repérage/évaluation – RDR - accompagnement/orientation

Accueil individuel

- Les mineurs orientés par la PJJ (modules citoyen, accompagnement de mesures de réparation)
- Les jeunes majeurs en obligation de soins
- Les adolescents orientés par l'éducation nationale + « alternative » ou « accompagnement » à la sanction
- Les jeunes orientés par l'entourage
- Les venues spontanées
- L'entourage

Intervention dans le cadre d'actions collectives

- Intervention dans les « modules citoyen » organisés par la PJJ
- Pilotage des stages de sensibilisation

Formation / sensibilisation

- Auprès des professionnels de l'éducation nationale
- Auprès des personnels de justice (gardiens de prison, éducateurs de la PJJ)
- Auprès des services des urgences (sensibilisation au repérage des usages problématiques)
- Auprès des acteurs de 1ère ligne (acteurs locaux en contacts avec les jeunes, personnel municipal)

● Synthèse des points soulevés lors des échanges

Les spécificités du public adolescent doivent être prises en compte dans la réflexion sur ces dispositifs

→ *Un dispositif adapté aux spécificités de l'adolescence*

Si les consultations jeunes consommateurs sont des lieux de soins, il est nécessaire de développer l'activité en amont du soin. En effet, on observe une difficulté à « faire venir les jeunes » jusqu'au CSAPA, identifié comme un lieu qui n'est pas pour eux.

⇒ Rendre visible le lieu d'implantation de la consultation par une communication adaptée aux spécificités du public

⇒ Tisser le réseau, construire des partenariats, instaurer des modalités de coopérations (partage d'information etc...) pour favoriser l'orientation des jeunes vers le dispositif

⇒ « Allez vers » via des consultations avancées dans les établissements scolaires

⇒ Créer une passerelle entre les actions collectives de prévention et l'accueil individualisé

⇒ Sensibiliser les acteurs de 1ère ligne (les professionnels et l'entourage)

→ *De la prévention au soin*

Les jeunes usagers sont rarement diagnostiqués dépendants. Ils sont souvent dans des consommations occasionnelles ou régulières qui peuvent devenir à risques. Il paraît important de ne pas se focaliser sur les consommations de produits dans un premier temps mais bien prendre en compte les spécificités et les facteurs de risques liés à l'adolescence dans sa globalité (mal-être...)

⇒ Utiliser des techniques de prévention primaire d'intervention précoce et de RDR

⇒ Privilégier les professionnels formés aux problématiques de l'adolescence et aux outils permettant d'échanger et d'évaluer (entretien motivationnel par exemple)

⇒ Développer des outils spécifiques pour l'entourage qui souvent est à l'origine de la demande d'aide

⇒ Proposer un suivi au sein de la consultation ou au CSAPA

⇒ Elargir à l'ensemble des addictions et notamment à l'alcool

Cette diversité des pratiques et l'absence de formalisation rend l'état des lieux et l'évaluation difficiles. La journée a permis de repérer l'attente très forte des participants pour ce travail de formalisation et ce besoin de s'engager dans une réflexion globale.

D'où la nécessité de mener une réflexion nationale pour formaliser les pratiques et construire un dispositif pertinent au regard des spécificités du public, mais aussi des professionnels qui sont en contact avec ce public, eux-mêmes « usagers » du dispositif (Education nationale, insertion, justice, missions locales, collectivités territoriales, monde du travail, urgences, etc...) qui sont souvent démunis face aux problématiques d'addiction.

→ *Quelques questions*

⇒ Les orientations judiciaires : le dispositif est-il adapté ?

⇒ Les CJC sont-elles accessibles et identifiées ?

⇒ Sont-elles bien réparties sur le territoire et couvrent-elles l'ensemble des besoins ?

⇒ L'animation du réseau comme véritable mission des CJC : quels moyens ?

Rédaction : Emma Tarlevé, chargée de mission anitea/F3A.

2. Description et comparaison des TAU européennes

● Dans le cadre de la recherche INCANT

Inscription du projet « comparaison des TAU européennes » dans le contexte de la recherche INCANT (International Cannabis Need of Treatment)

Ce projet consiste à décrire et ainsi comparer les prises en charges habituellement proposées aux adolescents consommateurs de produits psychoactifs (principalement, cannabis et alcool) dans les cinq pays européens ayant participé à la recherche européenne INCANT (International Cannabis Need of Treatment). Cette recherche, soutenue par la MILDT et la DGS, a étudié pendant 4 ans (2006-2010), l'intérêt d'une prise en charge familiale protocolisée pour des adolescents ayant un usage d'abus ou de dépendance au cannabis, nommée la MDFT (Multidimensionnal Family Therapy), en la comparant au traitement habituel (dénommé TAU pour « Treatment As Usual ») de chacun des pays européens participants (Hollande, Allemagne, Belgique, Suisse et France).

Il est apparu intéressant à l'équipe française INCANT, soutenue par l'ANITEA, d'approfondir la description de ces TAU pour rendre compte aux intervenants français en addictologie de la pratique clinique des pays voisins.

● Contexte et méthodologie du projet

→ *Contexte du projet*

Sur le plan européen, bien qu'aucune prise en charge n'ait fait l'œuvre d'une étude scientifique, la consommation de cannabis chez les adolescents, considérée comme un problème de santé public, mobilise de nombreux professionnels quant aux réponses à apporter. Sur le plan international, la littérature scientifique rend compte d'études, essentiellement réalisées aux Etats-Unis, témoignant de l'efficacité des thérapies basées sur la motivation mais surtout de la méthode MDFT, développée par l'équipe du Professeur Liddle du CTRADA (Center for Treatment Research on Adolescence Drug Abuse) de la faculté de médecine de Miami. Outre l'intérêt indéniable de son implantation en Europe, comme en témoigne le projet INCANT, il nous semble, également important de profiter et de valoriser l'investissement déployé par les intervenants européens..

→ **Méthodologie du projet**

Pour réaliser ce projet de description et de comparaison des TAU européennes, nous nous sommes appuyé sur la méthodologie utilisée pour décrire la TAU française. En France, les pratiques cliniques sont, de prime abord, très hétérogènes et surtout non formalisées (OFDT, 2007). La formalisation même de la TAU dans un manuel, comme l'exigeait la recherche INCANT, nous éloignait de la TAU pratiquée sur le terrain. Ainsi, le choix français a été de créer un troisième axe de comparaison, à savoir que la méthode MDFT serait comparée à la TAU (hétérogène et non formalisée) et à la «TAUe: therapy as usual explicitée» (thérapie formalisée dans un manuel). Pour décrire ce dernier axe, la TAUe, qui doit, comme la TAU, représentée au mieux la pratique clinique, nous avons interviewé des thérapeutes, provenant de dix centres en addictologie pour analyser les similitudes et les différences. In fine, malgré une apparente hétérogénéité, un certain nombre de points communs ont été repérés tant sur les modalités que sur les techniques thérapeutiques (le bilan de consommation, le suivi essentiellement centré sur adolescent (famille plus rare), l'utilisation des techniques d'entretien Rogériennes, etc...). Ce «tronc commun» est devenu le «patron» de la formalisation de la TAUe française.

Par analogie, afin d'approfondir la description des TAU européennes, nous nous sommes déplacés au sein même des structures d'accueil en addictologie pour rencontrer les équipes thérapeutiques. Pour compléter les données subjectives des interviews, un support clinique (entretien enregistré, entretien retranscrit, etc) a été demandé pour illustrer et corroborer leurs propos. Nous avons également réalisé **une trame d'entretien** pour effectuer les interviews et faciliter leurs analyses comparatives :

- 1 Par qui sont orientés les adolescents qui consultent? (Justice, milieu scolaire, parents, etc.)
- 2 Comment et avec qui s'effectue le premier contact qui précède la consultation?
- 3 Comment se déroule le(s) premier(s) entretien(s)?
- 4 Quel type de suivi est proposé à l'adolescent? (Phases, rythme, temps de consultations, etc.)
- 5 Quel rôle les parents jouent-ils dans la prise en charge?
- 6 Dans la prise en charge proposée à l'adolescent, quelles sont les techniques psychothérapeutiques utilisées par le thérapeute?
- 7 Sur quels axes le thérapeute va-t-il travailler avec l'adolescent au cours du suivi?
- 8 Sur quels éléments le thérapeute va-t-il s'appuyer pour créer une alliance thérapeutique?
- 9 Le thérapeute peut-il faire appel à un travailleur social (éducateur, assistante sociale, etc.)? De quelle manière le thérapeute et le travailleur social s'articule-t-il au sein de la prise en charge de l'adolescent?
- 10 Existe-t-il d'autres orientations possibles sur lesquelles le thérapeute peut s'appuyer? (Médicale, psychothérapeutique, corporelle, etc.)
- 11 Quelle est la formation du thérapeute?
- 12 Quelle est la vision du phénomène de l'addiction à l'adolescence?
- 13 Dans quel type de structure évolue le thérapeute?
- 14 Les thérapeutes suivent-ils une supervision?

Avant de présenter les données résultant de cette analyse, il est important de présenter les cadres et contextes des différents centres.

● **Présentation des différentes institutions européennes participantes et du public accueillis**

→ **Présentation des différentes institutions des cinq pays européens**

▪ **L'Allemagne (le Therapieladen)**

Le centre allemand se trouve à Berlin et est spécialisé depuis bientôt 20 ans dans la prise en charge des consommateurs de cannabis. C'est une association à but non lucratif qui dépend entièrement des subsides de l'état fédéral. L'équipe est pluridisciplinaire et travaille essentiellement avec les réseaux sociaux et scolaires qui adressent les patients avec une injonction sociale de soins.

▪ **La Suisse (la fondation Phenix)**

La fondation Phoenix, financée majoritairement par l'organisme de l'Assurance Maladie, est le seul centre ambulatoire pluridisciplinaire en Suisse dans le traitement des personnes toxicodépendantes. Elle comporte 5 antennes, toutes localisées à Genève. L'ensemble des équipes pluridisciplinaires reçoit un public adulte toxicomane et des adolescents consommateurs (depuis 2004). Depuis INCANT, Une antenne est spécialisée dans le suivi MDFT et une autre dans le traitement habituel (TAU).

▪ **La Belgique (La cannabis clinique)**

La consultation d'adolescents usagers de cannabis est rattachée au département de psychiatrie au sein du CHU Brugman à Bruxelles, mais est indépendante du service d'hospitalisation en toxicomanie. La consultation, créée en 2003 dans le même temps que la recherche Incant, réunie quatre psychologues.

▪ **La Hollande (la Palm Huis).**

Ce centre, situé à La Haye, dépend d'une institution de psychiatrie spécialisée dans la prise en charge des adolescents sous main de justice. Elle accueille des adolescents avec un usage de cannabis, interpellés par les forces de l'ordre.

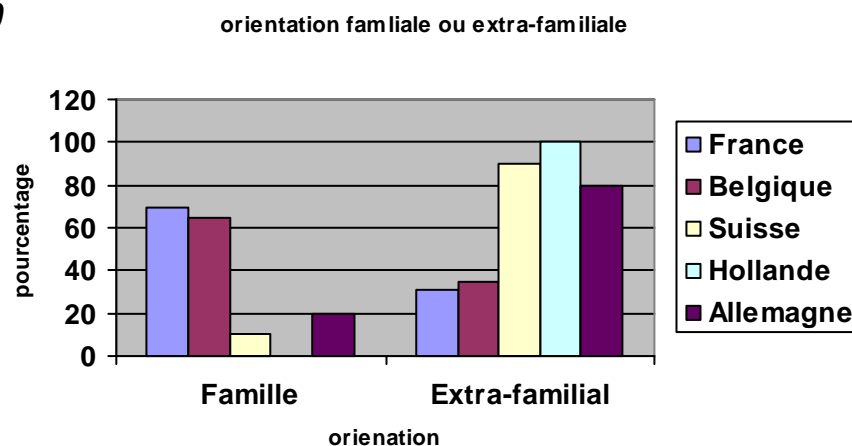
▪ **La France (le centre Emergence et le CEDAT)**

Les deux centres français, Emergence et le CEDAT sont des CSAPA (Centre de Soins, d'Accueil et de Prévention en Addictologie) respectivement rattachés à l'Institut Mutualiste Montsouris et au Centre Hospitalier de Versailles. Le centre Emergence est situé au cœur de Paris et le CEDAT en banlieue parisienne à Mantes la Jolie. Initialement spécialisés dans l'accueil d'un public adulte toxicomane avec des équipes pluridisciplinaire, ces deux centres ont ouvert début 2000 une consultation pour les adolescents et leurs familles.

→ **Présentation des publics accueillis au sein de ces consultations**

L'organisation du dispositif de soins du pays et du centre d'addictologie lui-même, définit, en partie, l'origine des demandes de consultations pour les adolescents avec un usage d'abus ou de dépendance au cannabis. En effet, rare sont les adolescents qui viennent de leur propre initiative. La demande d'aide vient quasi systématiquement de l'extérieur, que ce soit la famille ou une institution avec une dimension de responsabilité éducative.

Pourcentage des différentes origines d'orientation d'adolescents vers un centre en addictologie, par pays, dans le cadre de la recherche INCANT (n= ???)



En fonction des pays, il existe une prévalence de la demande soit familiale, environ 70 % pour la France et la Belgique, soit extrafamiliale (école, justice, foyer, centre de soins), de 90 à 100 % pour la Suisse, la Hollande et l'Allemagne. Des conventions ont été établies avec la justice pour la Suisse et la Hollande et avec le milieu scolaire pour l'Allemagne alors que les équipes françaises et belges privilégient les demandes parentales. Toutefois, les enquêtes épidémiologiques nationales françaises (OFDT) montrent un revirement progressif de l'origine des demandes de consultations au profit des injonctions judiciaires. Quelque que soit l'origine de la demande, elle est toujours centrée sur la consommation de cannabis et sur la souffrance de l'adolescent. Cependant, dans le cas des orientations institutionnelles, la motivation du suivi thérapeutique est sous-tendue par une menace d'exclusion (école) ou d'incarcération (justice), matérialisée par une injonction (obligation).

La demande de consultation est externe à l'adolescent car ce sont les adultes les premiers témoins de ses débordements et donc demandeurs d'aide. En effet, la perturbation biopsychosociologie de la puberté provoque des angoisses massives chez l'adolescent qui tente de les gérer, le plus souvent, par le mode du passage à l'acte (hétéroagressivité, autoagressivité, conduites à risques, etc.). Ses comportements interpellent l'adulte, recherché à la fois comme support de projection des angoisses, repère identificatoire, symbole de l'autorité, mais également comme garant d'un environnement protecteur. Ainsi, quand l'adolescent est submergé par ses angoisses, c'est naturellement le cadre familial qui contient et pose des limites, sauf s'il s'avère défaillant ou mise à mal, c'est alors le cadre sociétal qui prend le relais. L'analyse du profil des patients dans les cinq pays montrait des familles beaucoup plus « abimées » dans les centres accueillant des adolescents contraints par la société.

Il existe à l'adolescence **trois types de cadre** qui vont étayer le sujet dans la construction de son identité :

- Le cadre propre à l'adolescent
- Le cadre familial de l'adolescent
- Le cadre sociétal ou environnemental

● **Modalités et déroulement de la prise en charge**

→ **Les modalités de suivis**

Le tableau ci-dessous répertorie les modalités de suivi des différentes TAU européennes pour les adolescents avec un usage d'abus ou de dépendance au cannabis :

	Fréquence et durée « entretien ado »	Fréquence et durée « entretien famille »	Durée de la Thérapie	Orientation complémentaire possible en interne	Test urinaire
France	Hebdomadaire 30 minutes	De 1 seule fois à 1 fois par mois	Non fixe Environ 6 mois	-Travailleur social -Médecin psychiatre	Très rare
Belgique	Hebdomadaire 45 minutes	1 fois toutes les 5-6 semaines	Non fixe Environ 6 mois	-Médecin psychiatre	Rare
Suisse	Hebdomadaire 45 minutes	De 1 seule fois à 1 fois par mois	Non fixe Souvent > 6 mois	-Autres psychothérapeutes (systémique, hypnose, etc.)	Hebdomadaire
Hollande	Hebdomadaire 1 heure	1 fois par mois	5 mois	-Médecin psychiatre	Hebdomadaire
Allemagne	Hebdomadaire 1 heure	1 fois par mois	Pas fixe Environ 9-10 mois	-Psychologues	Rare

En terme de modalités de suivi, on observe de nombreuses similitudes entre les TAU européennes, privilégiant une approche individuelle intensive, centrée sur l'adolescent avec une faible implication des parents et une prise en compte de la psychopathologie.

Ainsi, les **modalités de suivi** des TAU européennes sont :

- **Adolescent** : 1 entretien par semaine
- **Parents** : 1 entretien par mois avec les parents
- **Durée suivi** : 5 à 10 mois (année scolaire)
- **Suivi associé possible** : médecin psychiatre

(Seul le test urinaire diffère d'un pays à l'autre, élément essentiellement en lien avec l'origine judiciaire de la consultation qui demande un compte rendu régulier au juge).

→ L'importance des premiers entretiens

Tous les thérapeutes européens se sont penchés plus particulièrement sur la questions des premiers entretiens, d'une part parce que les adolescents ne sont pas demandeurs et d'autre part parce que le phénomène de « drop out » est élevé au début du suivi. La question est : comment, à partir d'une motivation extrinsèque (celle de l'extérieur) amener l'adolescent à exprimer une motivation plus intrinsèque (propre à lui) et faire évoluer l'ensemble vers un objectif thérapeutique commun adolescent-parents-thérapeute ? Pour ce faire, tous s'appuient sur deux objectifs majeurs : l'évaluation psychosociale de la situation et surtout la création de l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire la co-construction d'une relation de confiance Adolescent-Thérapeute accompagné de l'adhésion des parents ou d'un représentant éducatif afin qu'ils soient co-garants du cadre de prise en charge (présence hebdomadaire de l'adolescent aux entretiens). C'est pourquoi, pour tous les pays interviewés, la présence des parents ou d'un représentant éducatif au premier entretien est obligatoire ou fortement sollicitée.

L'évaluation

Bien que les techniques et les outils varient d'un pays à l'autre, tous évaluent 4 domaines aux cours des premiers entretiens :

- La consommation et l'« anamnèse de la consommation » = effets recherchés
- La situation actuelle dans les différents domaines (scolarité, famille, etc.) = conséquences
- La demande et les attentes de chacun,
- Eléments psychopathologiques.

L'alliance thérapeutique

De manière unanime, l'une des spécificités d'un suivi thérapeutique d'un adolescent dans un centre d'addictologie se situe au niveau de la construction de l'alliance thérapeutique. Elle s'effectue à partir de l'évaluation essentiellement centrée sur le vécu expérientiel de l'adolescent de sa consommation et de ses conséquences au quotidien. Cet échange, que l'adolescent n'a avec personne ou presque, va amener progressivement le thérapeute à entrer dans « son monde », souvent inaccessible aux adultes, et amorcer ainsi une alliance thérapeutique. Même si, très vite, l'on se rend compte que la consommation n'est que le symptôme d'une souffrance psychique déniée ou d'une problématique psychopathologique, le plus important (s'il n'y a pas danger, biensur) est « d'accrocher » l'adolescent pour construire avec lui une relation de confiance. L'accent est d'abord mis sur l'accompagnement de l'adolescent vers un mieux être en agissant sur les conséquences négatives de sa consommation. L'objectif étant que ce mieux être renforce l'alliance thérapeutique et lui donne les ressources suffisantes permettant, dans un second temps, de traiter les causes étiopathogéniques.

Le processus

La description du parcours de consommation ne suffit pas à créer l'alliance thérapeutique mais permet au thérapeute d'identifier les éléments qui peuvent influencer sur l'adolescent. C'est ce que l'on appelle des leviers thérapeutiques. Ils sont nécessaires pour que la motivation extrinsèque devienne intrinsèque et pour que des changements s'opèrent.

On repère **trois principaux leviers thérapeutiques** :

- La souffrance de l'adolescent (problématique psychologique)
- Les relations délétères avec famille (conflits familiaux)
- Les conséquences sur l'avenir de l'adolescent (école, justice)

L'ensemble des thérapeutes TAU européens utilise ces trois leviers mais on remarque qu'en fonction de l'origine de la demande, familiale ou extrafamiliale, l'un des trois va être privilégié en première intention. Par exemple, la Hollande insiste sur les conséquences des actes délictueux et sur la pression de la justice alors que la France va dans un premier temps s'intéresser aux relations familiales.

A partir de ces leviers, le thérapeute accompagne l'adolescent à verbaliser ses émotions, ses ressentis face à la situation ou face à certains événements, plutôt que de les mettre en acte. Ce processus de modification et de construction de sa perception du monde a comme objectif que l'adolescent change son comportement (émotion => pensée => comportement).

→ Déroulement du suivi

L'analyse croisée des différentes interviews met en évidence un processus de prise en charge globalement identique entre les cinq pays européens. Il s'organise en trois phases :

- Une première phase de 3 à 4 entretiens (en moyenne) qui correspond à la construction de l'alliance thérapeutique, à l'évaluation de la situation et à la définition d'objectifs thérapeutiques essentiellement centrés sur la consommation de cannabis et ses conséquences sur l'environnement et le sujet lui-même.

- Une deuxième phase (plusieurs mois) où le thérapeute accompagne l'adolescent à mettre en œuvre des changements, des plus réalisables aux plus difficiles, dans le but de renforcer sa confiance en soi et atteindre les objectifs fixés. Un travail préalable sur la motivation de l'adolescent est nécessaire pour adapter les stratégies thérapeutiques.

- Une troisième phase permet de consolider les changements opérés par l'adolescent et de travailler sur la prévention de la rechute.

3 phases :

- Alliance thérapeutique et évaluation de la situation
- Accompagnement aux changements
- Consolidation des changements et prévention de la rechute

On observe également quelques spécificités d'un pays à un autre :

- La Belgique peut proposer la passation d'une batterie de tests sur les fonctions cognitives ;
- La France et La Suisse porte une attention particulière sur l'origine étiopathogénétique de la consommation et peuvent proposer de poursuivre le suivi psychothérapeutique sur une problématique psychologique sous-jacente.
- La Hollande et la Suisse effectuent systématiquement à chaque entretien un test urinaire, en lien direct avec l'injonction judiciaire.
- Pour aider l'adolescent à supporter l'arrêt du cannabis et à gérer son agressivité, la Hollande peut proposer un traitement médicamenteux de Ritaline.
- La Hollande est la seule à appliquer un programme thérapeutique protocolisé (entretiens individuels et de groupe)
- La France est la seule à pouvoir faire appel en interne à un éducateur ou une assistance sociale.

● Présentation des équipes thérapeutiques et modalités de fonctionnement

→ Formation théorique des thérapeutes + supervision

	Les psychothérapeutes	Supervision / Réunion de synthèse	Techniques thérapeutiques
France	1 Psychologue - 1 Psychiatre	- Supervision (TAUe) - Réunion de synthèse (TAU)	- Psychodynamique - TCC
Belgique	1 Psychologue	- Réunion de synthèse - Supervision personnelle	- TCC
Suisse	3 Psychologues	- Intervention en interne - Supervision personnelle	- Systémique - TCC - Psychodynamique - Hypnose - Eriksennienne
Hollande	1 Psychologue	- Supervision prévu dans le programme	- TCC (CBT)
Allemagne	???	- Supervision en interne et personnelle	- TCC - Systémique

L'influence des techniques cognitivo-comportementale est présente dans tous les pays mais seules la Hollande et la Belgique en font une application complète. Les autres combinent différentes techniques psychothérapeutiques dans une approche intégrative.

● Conclusion

La description de ces thérapies pour adolescents usagers de cannabis nous permet de repérer un certain nombre de points communs et de spécificités propres à chaque pays (Suisse, Belgique, Allemagne, Hollande, France). La conduite des premiers entretiens est très semblable d'un pays à l'autre, avec une attention particulière portée sur la création de l'alliance thérapeutique avec l'adolescent et l'évaluation de la situation. Par ailleurs, bien que les techniques thérapeutiques utilisées pour impulser le changement de comportement chez l'adolescent diffèrent, le processus de prise en charge, c'est-à-dire les différentes étapes de la thérapie, est le même pour tous, à savoir trois phases : évaluation et alliance thérapeutique, accompagnement dans la mise en œuvre des changements, consolidation des changements et prévention de la rechute. Cependant, là où certains appliquent un programme protocolisé, d'autres, à partir d'un guide, qui définit les bases, construisent la thérapie en fonction de la situation de l'individu et de son évolution.

Nous espérons que les résultats que nous obtiendrons de la recherche INCANT, permettront de compléter ces observations.

Rédaction : Muriel Lascaux et Olivier Phan, psychologues CSAPA Emergences.