

# Approche systémique dans la prise en charge des adolescents consommateurs de substances psychoactives

S. Hamadène  
P. Charpentier  
R. Stachel  
O. Simon  
P. Stephan  
P.-A. Michaud  
J. Besson

## Mots-clés :

- systémique
- intervention
- adolescent
- cannabis
- abus de substance

## Systemic contributions in addiction care for the young consumer of psychoactive substances

*The therapeutic role of the family therapy for the drug addict proved to be effective. This applies to the adolescent who misuses substances as well. Studies have shown that the reconstruction of every family's specific history during therapy can constitute a powerful factor of change. A family history creates awareness on difficulties within the family and allows the patient to question the idealistic image given by the parents. This process may also trigger associations in the minds of parents, as to their implication in the distress of their child. This message can be accepted better by parents if the therapeutic team is simultaneously capable to welcome and to clarify the suffering that the parents themselves lived in their own families of origin. The authors tempt an eco-systemic reflexion through two clinical situations concerning teenagers consumers of psychoactive substances admitted to our outpatient Saint-Martin Center. They also show the importance of a therapeutic work with the family and the network-care.*

Med Hyg 2003 ; 61 : 1457-61

L'apport de la thérapie familiale chez le toxicomane est largement reconnu. Cela vaut aussi pour l'adolescent consommateur de substances psychoactives. La reconstruction de l'histoire spécifique de chaque famille en traitement peut constituer un facteur de changement puissant. Cette reconstruction, faite en séance, permet effectivement au patient d'être reconnu dans la situation de malaise qu'il ressent vis-à-vis de sa famille et autorise la mise en doute de son idéalisation de ses parents. Elle permet aussi de transmettre un message quant aux rôles de ces derniers face au com-

portement de l'adolescent. Ce message peut être accepté par les parents si l'équipe thérapeutique est simultanément capable d'accueillir et de clarifier la souffrance vécue par les parents eux-mêmes dans leurs familles d'origine respectives.

Cet éclairage «éco-systémique» est illustré à travers deux situations cliniques de jeunes consommateurs de substances psychoactives adressés au Centre Saint-Martin. Ces exemples montrent l'importance d'un travail thérapeutique avec la famille et le réseau de soin.

## Introduction

Les données de la littérature et les constatations cliniques montrent que les consommateurs de cannabis font remonter l'âge de début de leur consommation à l'adolescence, vers 16 ans,<sup>1,2</sup> voire même entre 12 et 15 ans.<sup>3</sup>

Selon l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), les enquêtes effectuées auprès d'élèves de 15 ans montrent une nette augmentation de la consommation de cannabis entre 1986 et 2002. Le pourcentage des adolescents de 15 ans ayant consommé du cannabis a plus que triplé entre 1986 et 1994. Le chiffre le plus alarmant est celui des adolescents consommant quotidiennement du cannabis qui serait de 5 à 7% selon les études.<sup>2,3,4,5,6</sup> Durant l'année 1999, l'étude longitudinale faite à Lausanne, sur des adolescents abuseurs, dépendants ou consommateurs réguliers d'une substance psychoactive, a montré que 92% ont consommé au cours du dernier mois. Plus de 75% reconnaissent que le cannabis est la substance dont ils peuvent le moins se passer.<sup>3</sup> Cette tendance est surtout marquée parmi les adolescents non insérés dans une filière professionnelle.

L'ensemble des données ci-dessus montre que la consommation débute durant l'adolescence. Elle échappe à l'influence des intervenants du réseau de soins parfois durant plusieurs années.<sup>7,8</sup>

Les adolescents engagés dans un mésusage de substances psychoactives sont la plupart du temps polyconsommateurs (cannabis, ecstasy, alcool, cocaïne) rendant la distinction entre drogues légales et illégales inopérante cliniquement. De plus, la distinction entre usage, utilisation

nocive pour la santé et dépendance, si elle est opérante en clinique avec des adultes, est très difficile chez les adolescents, car la frontière entre usage récréatif et usage nocif est rendue très floue par l'impact sur la vie émotionnelle du jeune, qui est beaucoup moins dose-dépendant que le sujet adulte.

Le parcours de ces adolescents est souvent complexe et s'accompagne fréquemment de rupture scolaire, d'échec de formation professionnelle, de conflits familiaux et d'isolement psychosocial. Il est pourtant intéressant de noter que ces adolescents rencontrent souvent sur leur chemin différents professionnels de l'adolescence à savoir : enseignants, médecins pédiatres ou généralistes, pédopsychiatres, infirmières scolaires, psychologues, psychologues scolaires, travailleurs sociaux, éducateurs de rue ou en foyer, médiateurs, etc.<sup>6,7</sup> L'intervention de ces professionnels n'est pas sans embûche, étant donné la peine que l'adolescent éprouve à reconnaître ses difficultés. Ce travail nécessite en fait plusieurs contacts qui permettent, ou non, une prise de conscience progressive de l'adolescent face à sa consommation.<sup>7</sup> La problématique que pose la consommation touche de façon sensible l'environnement du jeune et sa famille. S'il est vrai qu'elle reflète un malaise interne, l'extérieur «l'espace interne élargi» (selon Ph. Jeammet) se manifeste en premier pour exprimer son inquiétude.

C'est ainsi qu'il est difficile de concevoir des prises en charge qui ne soient pas interdisciplinaires et en réseau afin d'échanger et de garder l'adolescent dans une filière de soins et d'éviter le «tourisme soignant». Dans cet article, nous proposons deux exemples d'approche systé-

mique<sup>9-12</sup> auprès de ces adolescents illustrant le travail avec la famille et le travail en réseau de soins à partir de l'expérience du Centre Saint-Martin (CSM).

En général, l'adolescent ne consulte pas de lui-même au CSM. Il est adressé soit par un médecin, soit par un travailleur social et bien souvent la demande émane de la famille. Le travail d'admission débute fréquemment par un appel téléphonique lors duquel un rendez-vous est agendé à la permanence du CSM. Il est l'occasion d'un premier inventaire des ressources du jeune, de sa famille et du réseau ainsi que de la formulation d'hypothèses sur la crise actuelle. Le premier interlocuteur sera le référent ultérieur jouant le rôle de coordinateur dans la prise en charge. Lors de la prise de rendez-vous il convient de déterminer qui inviter au premier entretien (famille, amis, intervenants, etc.). L'enjeu de cette rencontre est à souligner, car à son issue une partie des conflits, des malentendus et des souffrances se font jour.

Il est important de distinguer les différents dispositifs de soins susceptibles d'être mis en place dans le cadre des interventions auprès des adolescents consommateurs. Ils répondent le plus souvent à des situations cliniques dont l'évaluation précise permet d'établir des conduites à tenir en fonction de facteurs tels que : la gravité de la consommation, la situation scolaire ou professionnelle, le réseau social, l'implication de la famille, une comorbidité psychiatrique. Cela nous amène à distinguer sur le plan des interventions systémiques : les entretiens de famille, les thérapies familiales et le travail de réseau. Chacune de ces interventions demande des compétences et un degré de formation spécifiques

### Le travail avec la famille

L'approche systémique se construit à partir de théories développées par, entre autres, l'équipe de Palo Alto dans les années 1970. Cette approche a bouleversé les repères classiques de la psychiatrie en décentrant le patient de sa maladie réduite alors à des symptômes s'exprimant dans un groupe plus large d'individus ayant pour lui une importance spécifique. Le sujet adopte le statut de patient désigné, c'est-à-dire représentant du groupe, soit comme véritable porte-parole, soit comme caisse de résonance. Les symptômes d'un adolescent seraient non pas le reflet d'une pathologie mais un message résultant de l'ensemble des interactions du système.<sup>13</sup>

Dans le cadre de la famille, de nombreux auteurs ont développé des concepts rendant compte des différents modes d'interaction entre les membres d'une famille et des événements importants agissant sur ces interactions. C'est ainsi que la notion de cycle de vie permet de modéliser les grandes étapes de la vie d'un individu au sein de sa famille.

L'adolescence est traditionnellement considérée comme une étape importante de la vie où l'individu doit s'autonomiser pour parvenir à une vie d'adulte et se dégager progressivement de la dépendance de ses parents. Il s'agit d'un processus de séparation-individuation dans lequel de nombreuses forces sont conviées dont par exemple les transformations/pubertaires amenant l'accession à la sexualité. Ces transformations ont des répercussions sur l'ensemble de la famille. Cette période est décrite sous le nom de «leaving home».<sup>14</sup>

L'approche systémique suggère, à travers la collaboration et le travail familial, de décoder le comportement de l'adolescent non comme une perturbation ou une pathologie mais plutôt comme un message, une forme de communication qui serait la résultante d'un ensemble d'interactions du système. Ce système pouvant être la famille, le groupe de vie, la classe voire même l'institution. Le jeune peut éventuellement apparaître comme le bouc émissaire des dérèglements de contextes familiaux et institutionnels sur lesquels, soit il n'a aucune prise, soit il a un pouvoir démesuré. Tout symptôme s'inscrit donc dans un contexte dont nous ne pouvons faire abstraction. Le symptôme n'est jamais un comportement isolé, il est toujours lié aux relations avec l'entourage. Le symptôme apparaît souvent comme un compromis paradoxal résultant d'une incompatibilité entre l'individuation de l'adolescent et les finalités familiales. L'entretien familial peut être révélateur des tensions qui sont susceptibles d'exister au sein de la famille, de leur intensité et des enjeux qu'elles recèlent.

Interactivement, le jeune est amené à mettre en scène et en actes les non-dits, les secrets, les failles, les manques, les souffrances du système. Il nous éclaire également sur la place et la fonction qu'il occupe dans le système, dans ses relations avec ses proches et ses pairs.

Les adolescents que nous accueillons transmettent le sentiment d'une recherche ambivalente de repères. Ils ne peuvent se situer par rapport aux processus de deuils en relation avec certains événements de vie (séparation, divorce, remariage, décès, adoption, placements antérieurs, etc.). Les aider à être sujet de leur histoire personnelle et familiale est un des points forts de l'approche systémique.

Tenir compte de la famille et de son histoire nous permet de mieux comprendre le sens du comportement du jeune et le rôle des relations parents-enfants dans la genèse et la continuité de manifestations pathologiques. Le travail complémentaire avec la famille canalise l'angoisse et l'agressivité du système familial pouvant surgir lors des prises en charge individualisées du patient désigné.

Par cet intérêt pour la dimension familiale, nous ne voulons pas dire que l'on ne doit pas s'intéresser à l'adolescent, à son discours ou à

ses productions. Dans les familles consultant un centre comme le nôtre, il y a une intrication étroite entre les problèmes psychopathologiques du jeune et un certain dysfonctionnement familial.<sup>15</sup>

L'un des buts de l'intervention systémique en addictologie est de décentrer le problème du produit sur le problème sous-jacent affectif ou relationnel que vit l'adolescent avec son entourage.<sup>16,17</sup>

### Exemple 1

Un jeune homme de 16 ans et demi est adressé au CSM par la Consultation des jeunes (SUPEA) où il a été orienté après un appel à l'UHPA. Il présente des troubles anxieux et dépressifs et une dépendance au cannabis.

Il se présente tantôt comme l'enfant démuni, tantôt comme l'adulte au discours par moment excessivement optimiste.

Il parle de son irritabilité et du risque de perdre la maîtrise: «entre le bien et le mal, si c'est le mal ce serait à fond».

De son anamnèse personnelle, on retient une enfance agitée, avec de nombreux changements d'école. Il termine néanmoins sa scolarité obligatoire, puis échoue sa pré-gymnasiale. Plus d'école ni d'activité depuis trois mois quand il se présente.

De son anamnèse familiale, il est fils unique d'un couple reconstitué. Son père était propriétaire d'une entreprise en faillite il y a cinq ans. Après deux années de chômage, le père est mis à l'AI à 100% pour dépression. Sa mère travaille comme vendeuse.

Son père avait deux autres enfants d'un premier mariage, que le jeune homme n'a connu que récemment pour «éviter une mauvaise influence» (les deux avaient des problèmes de toxicomanie) – disent les parents.

Notre intervention a consisté à mettre en place des entretiens avec la famille, à la demande de l'adolescent, pour l'aider dans sa conceptualisation du conflit avec sa famille au sujet des consommations et pour amener les parents à un accompagnement de couple par le psychiatre du CSM.

Après trois ans de suivi au CSM, il a pris un appartement depuis un an et demi et ses relations avec ses parents sont bonnes. Il reste en contact avec eux à travers les menus services qu'il leur rend.

Ses consommations de cannabis ont diminué significativement et se font essentiellement le soir.

Le travail avec les familles fait donc partie intégrante du travail interdisciplinaire<sup>18</sup> même pour l'adolescent placé en institution qui n'a pas le projet de réintégrer sa famille ou pour celui qui a le projet de la quitter. Il est important de dénouer les liens qui se sont tissés dans ses rela-

tions (ou en rupture) afin qu'il puisse se reconstruire et s'attacher à des liens plus sécurisants et fiables.

L'intervenant référent de l'équipe socio-éducative est chargé de la liaison avec la psychiatrie de l'adolescent. Sa tâche consiste à faire le lien entre les différents services, à accompagner le jeune dans ses projets de réinsertion, à collaborer étroitement au suivi thérapeutique basé sur l'aspect motivationnel.<sup>18</sup>

Le travail familial peut également se faire sans la présence réelle, physique de la famille.

### Le travail systémique avec le réseau de soins

Rencontrer le réseau permet de se faire une idée de son implication, de sa disponibilité, de sa fiabilité et de son aptitude à soutenir la situation.<sup>18</sup>

Le système thérapeutique est constitué par un ensemble : patient désigné, sa famille et les thérapeutes. Selon les interventions et par extension, cet ensemble peut concerner le patient désigné, sa famille et le réseau secondaire (dit réseau des intervenants). Dans le cadre des adolescents et des jeunes adultes pour la région lausannoise, il s'agit du SUPEA, UMSA, CSM, CTJA, SPJ, AEMO, APSYVA, AVMCT, Foyers sociaux éducatifs, Le Levant (CAP), COFOP, Centre de Valmont, etc. Lorsqu'on aborde les systèmes thérapeutiques, on parle autant des intervenants que des patients et de leur famille. Il importe de mesurer la complexité des systèmes thérapeutiques qui est en partie proportionnelle à leur taille.

Le travail en réseau nécessite de réduire au maximum le nombre d'intervenants et de préciser clairement, lors d'une réunion de réseau, le rôle de chaque intervenant, de définir en somme qui fait quoi, quand et comment.

Le travail thérapeutique repose sur un projet qui tend à organiser les intervenants entre eux. Pour que le projet thérapeutique soit optimal, le thérapeute doit impérativement le construire en tenant compte de sa filiation institutionnelle et du système thérapeutique, comprenant les personnes impliquées à ce moment-là dans la situation.

Un autre point important à souligner est la mise sur pied de bilans réguliers permettant de faire le point sur le travail déjà effectué en réunissant tous les professionnels impliqués. C'est une condition nécessaire pour que les patients soient traités adéquatement.

### Exemple 2

Une jeune fille de 17 ans s'adresse à la permanence du CSM accompagnée par son maître d'apprentissage. Elle a perdu le contrôle de ses consommations: de consomma-

#### Glossaire

SUPEA: Service universitaire de psychiatrie d'enfants et d'adolescents

AEMO: Action éducative en milieu ouvert

UMSA: Unité multidisciplinaire de santé des adolescents

UHPA: Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents

CTJA: Centre thérapeutique de jour pour adolescents

CSM: Centre Saint-Martin

APSYVA: Association des psychologues vaudois concernés par les addictions

AVMCT: Association vaudoise des médecins concernés par la toxicodépendance

Centre du Levant (CAP)

Centre de Valmont: Centre de détention pour mineurs

COFOP: Centre d'orientation et de formation professionnelle

**Bibliographie**

- 1 Gmel G und Rehm J. Zum Problem der Schätzung des Alters beim Drogeneinstieg in Querschnittsbefragungen am Beispiel der Schweizerischen Gesundheitsbefragung Präventivmed 1996; 41: 257-61. Birkhäuser Verlag Basel
- 2 Gmel G. CannabisKonsum in der Schweiz. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, 2002.
- 3 Bolognini M, Plancherel B, Chinnet L, Rossier V, Cascone P, Bernard M, Stephan P, Laget J, Charpentier P, Halfon O, Besson J. Suivi d'adolescents abuseurs et dépendants de substances: une étude longitudinale. Janvier 2002.
- 4 Commission fédérale pour les questions liées aux drogues – CFLD. Rapport sur le cannabis, septembre 1999.
- 5 Ministry of Public Health of Belgium. Cannabis 2002 Report.
- 6 Bolognini M, Rossier V, Plancherel B et Halfon O. Ce que consomment les jeunes toxicomanes. Med Hyg 1999; 57: 1757-61.
- 7 Michaud PA. L'adolescent toxicomane: les embûches de la prise en charge. Rev Med Suisse Romande 1992; 112: 281-7.
- 8 Korings E, Dubois-Arber F, Narring F, Michaud PA. Identifying Adolescent Drug Users. Results of a National Survey on Adolescent Health in Switzerland. J Adol Health 1995; 16: 240-7.
- 9 Liddle, HA, Dako GA, Parker, K, et al. Multidimensional Family therapy for adolescent substance abuse: Results of randomized clinical trial. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 2001; 27: 651-87.
- 10 Liddle, HA. Multidimensional Family Therapy Treatment (MDFT) for adolescent cannabis users. (Volume 5 of the Cannabis Youth Treatment (CYT) manual series). Rockville, MD: CSAT/SAMHSA, 2002.
- 11 Diamond G, Godley SH, Liddle HA, et al. Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: A description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. Addiction, 2002; 97 (Suppl. 1): 70-83.
- 12 Galanter M, Keller DS. Network therapy for substance abuse: A therapist's manual from the National Institute on Drug Abuse. NYU Medical Center, Department of Psychiatry. New York, 1994.
- 13 Carr A. Evidence-based practice in Family therapy and systemic consultation. I: Child-focused problems. Romonville Saint-Ange: Blackwell Publishers, United Kingdom. Journal of Family Therapy 2000; 22: 29-60.
- 14 Haley J. Leaving Home. Quand le jeune adulte quitte sa famille. Paris, ESF, 1991.
- 15 Ausloos G. La compétence des familles. Romonville Saint-Agne. Edition Erès, 2001.
- 16 Howard A, Liddle ED, Rowe CL, et al. Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. Journal of Substance Treatment 2002; 22: 231-43.
- 17 Seligman P. A brief family intervention with an adolescent referred for drug taking. J Adolescent 1986; 9: 231-42.
- 18 Stachel R et Bishoff T. Les ressources interdisciplinaires dans l'accompagnement ambulatoire des personnes toxico-dépendantes. Revue médicale de la Suisse romande,

tions occasionnelles de cannabis et d'ecstasy les fins de semaines, elle est passée à une prise de cocaïne en sniff environ cinq jours sur sept, et d'héroïne le week-end.

Elle a été trois mois en rupture avec le COFOP, lieu où elle est en seconde année d'apprentissage en horticulture.

Son meilleur ami est décédé d'une overdose quelques jours après la première consultation au CSM.

Notre intervention a consisté à remettre l'adolescente dans le réseau de soin existant, à savoir le suivi à l'UMSA (médecin qui la connaît depuis trois ans), avec l'aide du SPJ et à la soutenir dans son projet de reprise de son apprentissage.

Après un mois, elle a repris son apprentissage au COFOP, où elle a un entretien hebdomadaire avec son référent du CSM et où elle rencontre une art-thérapeute.

Après six mois d'évolution, elle a repris le suivi à l'UMSA, elle a accepté de rencontrer un psychiatre du SUPEA pour discuter d'un suivi, ce que l'UMSA avait préconisé l'année précédente. Par ailleurs, elle est de nouveau suivie par le SPJ, elle n'a plus repris ni héroïne ni cocaïne. Elle consomme de l'ecstasy les week-ends lorsqu'elle sort avec les amis. Elle n'a pris du cannabis que quelques fois et a évité de prendre de l'ecstasy quelques semaines.

Après 18 mois de suivi, elle est en 3<sup>e</sup> année d'apprentissage. Elle a eu des mois d'abstinence interrompus par une période de deux mois avec prise d'ecstasy le samedi soir. Elle a été très irrégulière dans son suivi psychiatrique au SUPEA, mais persiste à vouloir un suivi de cette orientation. C'est pourquoi elle a été présentée au groupe d'indication de l'APSYVA pour mettre en place une psychothérapie chez une psychologue en privé. Elle est par ailleurs suivie par l'UMSA.

**Discussion**

La revue de la littérature fait référence à une «thérapie familiale multidimensionnelle d'adolescents abuseurs de cannabis» développée par H. A. Liddle<sup>9,10,19</sup> et aux modèles d'intervention le CYTI (Cannabis Youth Treatment Interventions) appliqué aux Etats-Unis.<sup>11,20,21</sup> Les interventions évaluées dans le CYTI représentent différentes alternatives pour le traitement des adolescents abuseurs de substance en termes de modalité (individuel, groupe et famille) et d'orientation (cognitive, comportemental, psycho-éducatif, système familial). La combinaison de ces approches montre de meilleurs résultats.<sup>13,20,22,23</sup>

Actuellement à Lausanne, nous essayons de

promouvoir une approche éclectique focalisée plutôt sur les complémentarités que sur les divergences entre approches thérapeutiques.<sup>17,19</sup>

Notre intervention systémique (familiale et de réseau) doit s'intégrer dans un programme thérapeutique global à dominante motivationnelle et psycho-éducative. La prise en compte de ces éléments nous fait opter tantôt pour une thérapie d'orientation systémique, tantôt pour une approche psychodynamique ou pour une orientation psycho-éducative. L'approche systémique permet une intégration parallèle ou séquentielle.

L'approche systémique permet une redéfinition de la situation de crise en termes interactionnels et interpersonnels et favorise une réorganisation maturante des processus relationnels dans le réseau familial. Ce changement d'équilibre relationnel se produit le plus souvent lorsque quelqu'un entre ou sort du système familial (naissance, décès, divorce, rupture ou séparation, départ d'un enfant, etc.). J. Haley suggère que les symptômes apparaissent lorsqu'il y a rupture ou interruption dans le déroulement du cycle de la vie d'une famille ou d'un autre groupe naturel. Le symptôme est un signe que la famille éprouve des difficultés à dépasser l'étape actuelle de son cycle de vie.<sup>14</sup>

Le cycle adolescent dans les familles en crise oblige à penser dans quelle mesure le couple parental a lui-même vécu une dépendance relationnelle prolongée ou une autonomie prématurée, brutale, relativement à sa famille d'origine.

Concernant le travail avec la famille, la formulation des hypothèses quant à la nature de la crise actuelle est possible grâce à la clarification de la demande et la mise en perspective avec le contexte: malentendus, conflits, homéostasie familiale menacée, rupture d'étayage, rapprochement affectif inquiétant, mise à jour de besoins de dépendance et de difficultés d'autonomie, etc.

Le travail en réseau permet de garantir la cohérence du suivi sur le long terme. Il propose aux professionnels de premier recours (médecins, travailleurs sociaux, éducateurs, infirmières scolaires, etc.) des modalités concrètes de suivi lorsqu'ils sont confrontés à une situation difficile, complexe, voire problématique.

Cela peut être aussi une approche de réhabilitation dans laquelle des membres sélectionnés de la famille et des amis s'engagent à apporter un soutien, à promouvoir un comportement et une attitude favorable au changement.

L'engagement et le soutien des membres de la famille et des amis si utile dans la plupart des cas peuvent être une ressource hautement significative à la fois pour le patient qui essaie d'initier et de maintenir une abstinence et pour le thérapeute qui l'aide à atteindre cet objectif.<sup>12</sup> Une telle approche de réseau est intéressante dans la mesure où elle tient compte des

- 1998; 118: 757-60.
- 19 Liddle, HA, Dakof GA, Tumer RM, et al. (In press). *Treating adolescent substance abuse: A comparison of individual and family therapy interventions*. NIDA Monograph on the 2001 CPDD Conference (paper presented at Adolescent Drug Abuse Treatment Research Symposium [A. Morral & M. Denis, Chairs], CPDD, June 2001).
- 20 Dennis M, Titus JC, Diamond G, et al. *The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design and analysis plans*. *Addiction* 2002; 97 (Suppl. 1): 16-34.
- 21 Hogue AT, Liddle HA, Becker D, Johnson-Leckrone J. *Familybased prevention counseling for high risk young adolescents: Immediate outcomes*. *Journal of Community Psychology* 2002; 30: 1-22.
- 22 Barret Waldron H, Slesnick N, Brody JL, et al. *Treatment Outcomes for Adolescent Substance Abuse at 4 and 7 Month Assessments*. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 802-13.
- 23 Cormack C, Carr A. *Drug abuse. In: What works with children and adolescent? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. Carr Alan Ed. London, Routledge, Paperback 2000; 155-77, 12: 364 pp.

#### Adresse des auteurs :

Drs Samia Hamadène et  
Olivier Simon  
Pr Jacques Besson  
MM. Patrice Charpentier et  
Renaud Stachel  
Centre Saint-Martin  
Rue Saint-Martin 7  
1003 Lausanne  
Dr Philippe Stephan  
SUPEA  
Rue du Bugnon 23A  
1005 Lausanne  
Pr Pierre-André Michaud  
UMSA  
Av. de Beaumont 46  
CHUV  
1011 Lausanne

intervenants gravitant autour du jeune.<sup>18</sup> Elle peut être complexe pour le praticien, mais il peut s'y intégrer avec l'aide d'autres professionnels.

Par contraste et de manière complémentaire à l'approche systémique, l'approche psychodynamique tient compte de l'individu et ses conflits intra-psychiques. Elle permet d'appréhender progressivement la nature du manque pour lequel les comportements de type «toxicomaniaque» ont été une panacée depuis longtemps. Il s'agit d'une approche réservée à des patients compliants au cadre thérapeutique, mais peut se prêter à de la psychothérapie institutionnelle, où les mécanismes de défense des patients peuvent être interprétés lors de prises en charge collectives.

Egalement de manière complémentaire, l'approche psychoéducative s'inspire des modèles dits «d'éducation à la santé» développés dans le champ des maladies chroniques somatiques, en empruntant des éléments à toutes les écoles de psychothérapie, notamment l'approche TCC. Elle est centrée sur la personne, est pragmatique et renforce des leviers motivationnels pour promouvoir le changement.<sup>18</sup>

Ce sont autant d'aspects qui permettront de définir une stratégie d'intervention et d'articuler celle-ci avec les objectifs du système de soins

existant. Ainsi, dans une consultation d'addictologie, la mise en œuvre d'interventions systémiques ne peut se concevoir que sur la base de modèles intégratifs et éclectiques aussi larges que possible, capables de dépasser les traditionnels clivages psychiatrie-somatique et santé-social.

## Conclusion

L'intervention systémique est un instrument transversal et efficace dans la pratique ambulatoire. Le moment crucial de l'intervention est la période de crise entre l'adolescent et sa famille ou son réseau. Notre expérience au CSM auprès des jeunes abusant des substances psychoactives confirme la nécessité d'une collaboration interdisciplinaire associant des prises en charge médico-psychiatriques et des approches socio-éducatives. Cette expérience a abouti à la mise en place d'un projet institutionnalisé réunissant l'UMSA, le SUPEA, le CSM et le réseau socio-éducatif, visant à coordonner la prise en charge des adolescents consommateurs de substances. Ce réseau sera au service de la communauté prenant en charge des adolescents abusant de substances psychoactives et notamment des médecins praticiens. ■

### Implications pratiques

- Privilégier l'alliance avec le jeune
- Impliquer les proches le plus tôt possible à la prise en charge, au premier entretien, voire même dès le stade des téléphones
- Prendre contact avec les intervenants extérieurs impliqués auprès du jeune dès le début et les associer dans les décisions prises
- Définir le rôle et la tâche de chaque intervenant
- Prévoir un projet de prise en charge et des bilans réguliers
- Impliquer le jeune le plus activement dans son anamnèse personnelle et familiale et dans le projet de réinsertion; s'appuyer sur ses ressources et celles de son environnement

## Fait divers médical

### Golesti prend peur et ne veut plus accueillir de jeunes sidéens

L'humanité dans une dépêche d'agence. Le 27 juin, l'Agence France-Presse rapporte l'histoire de la bourgade roumaine de Golesti, 3500 âmes. Grâce à un financement de l'Union européenne, un centre d'accueil pour une quinzaine d'enfants séropositifs y est sorti de terre en quelques mois. Les habitants se sont d'abord réjouis d'être raccordés au réseau d'eau courante à

cette occasion. Mais début juillet, à quelques jours de l'ouverture, les voisins paniquent. Et si leurs enfants attrapaient la maladie? Ou eux-mêmes? Il faut bloquer les routes!

Au milieu des campagnes, la grande peur mémorable s'est réveillée. Elle donne aux protestataires un air de brutalité primitive. «S'ils viennent, les enfants ne doivent pas s'attendre à avoir la vie

belle, menace un jeune villageois. Nous ne sommes pas venus pour nous faire duper par vos théories!» De leur côté, les édiles locaux se lamentent face à des habitants aussi «ignorants et têtus».

L'agencier s'est rendu à Focsani, à l'est du pays, dans l'hôpital où les jeunes sidéens abandonnés vivent depuis leur naissance. «Dès qu'ils apprendront que le sida ne se transmet pas à travers l'air ou l'eau, ils verront les choses d'une manière différente, espère une fille de 13 ans. De toute façon, nous

avons hâte de nous installer à Golesti; je n'ai jamais eu de maison, ce serait ma première.» On s'arrêtera là, pour ne pas réduire ce fait divers à une histoire de bons et de méchants. A Golesti ou à Focsani, comme partout ailleurs, on rencontre cette même humanité confrontée à la maladie. Un peu moins bien informée tout au plus.

J.-L. Vonnez

## Pratique

### **Approche systémique dans la prise en charge des adolescents consommateurs de substances psychoactives**

S. Hamadène, P. Charpentier, R. Stachel, O. Simon, P. Stephan, P.-A. Michaud et J. Besson

*Med Hyg 2003 ; 61 : 1457-61*

L'apport de la thérapie familiale chez le toxicomane est largement reconnu. Cela vaut aussi pour l'adolescent consommateur de substances psychoactives. La reconstruction de l'histoire spécifique de chaque famille en traitement peut constituer un facteur de changement puissant. Cette reconstruction, faite en séance, permet effectivement au patient d'être reconnu dans la situation de malaise qu'il ressent vis-à-vis de sa famille et autorise la mise en doute de son idéalisation de ses parents. Elle permet aussi de transmettre un message quant aux rôles de ces derniers face au comportement de l'adolescent. Ce message peut être accepté par les parents si l'équipe thérapeutique est simultanément capable d'accueillir et de clarifier la souffrance vécue par les parents eux-mêmes dans leurs familles d'origine respectives.

Cet éclairage «éco-systémique» est illustré à travers deux situations cliniques de jeunes consommateurs de substances psychoactives adressés au Centre Saint-Martin. Ces exemples montrent l'importance d'un travail thérapeutique avec la famille et le réseau de soin.