

Approche et prise en charge de la consommation de cannabis chez les adolescents

62

Le centre Émergence s'est réorganisé pour accueillir les adolescents et adultes jeunes présentant des problèmes liés aux consommations de substances psychoactives.

Plusieurs actions ont été mises en place avec l'objectif de favoriser le dialogue avec ces jeunes : une équipe mobile dont le but est d'aller au-devant d'eux, sur leurs lieux de vie, et une consultation spécifique en addictologie. Cet article tente de décrire cette prise en charge, notamment des usagers de cannabis.

La population des usagers de cannabis n'est pas homogène. Il y a plusieurs façons de consommer parmi lesquelles on distingue les prises occasionnelles, souvent festives, l'utilisation à titre *auto-thérapeutique* et enfin la *défonce* à visée anti-pensée.

Les premières bouffées de cannabis se prennent en groupe en faisant *tourner le joint*. L'adolescent découvre alors les premiers effets : fous rires, levée des timidités et délires entre copains. Les neurobiologistes parlent de l'effet neuromodulateur du système cannabinoïde endogène sur lequel va agir le tétrahydrocannabinol qui est la molécule active contenue dans le cannabis. Ainsi le cannabis aurait un rôle modulateur sur l'humeur, le contrôle moteur, les perceptions, l'appétit et le sommeil. Les émotions et les sentiments sont désinhibés. Avec *des joints*, on a un meilleur délire, nous disent-ils. Les fumeurs décrivent souvent une exacer-

Olivier Phan

*Responsable médical en place de Directeur,
Centre Émergence¹, Paris*

bation des perceptions sensorielles et une impression de ressentir le monde qui les entoure avec une acuité plus grande. L'un ressentira mieux la musique, l'autre aura une meilleure communication avec ses copains. Il y a aussi une modification de la perception du temps. Pour certains, l'usage du cannabis restera festif et associé à la convivialité. Pour d'autres, généralement les plus fragiles, les effets relaxants et hypnotiques ressentis lors des premières prises seront mis à profit pour traiter troubles du sommeil et autres tensions de la vie quotidienne. C'est l'étape de la consommation auto-thérapeutique.

Progressivement, le cannabis va devenir indispensable pour les bénéfices qu'il apporte, sans qu'il y ait dépendance au sens propre du terme. Cependant, il n'est pas rare d'observer à ce stade des signes de sevrage pendant les périodes d'abstinence. Ceux-ci se manifestent sous forme d'une anxiété avec irritabilité, de perturbations du sommeil et de l'appétit, et surtout une envie presque irrésistible de prendre des produits.

Enfin, il y a la *défonce* qui efface d'un coup toute pensée douloureuse. Généralement, cela nécessite des prises importantes sous forme de *bhang* : pipes à eaux qui permettent d'absorber une grande quantité de produit en un minimum de temps. À de telles concentrations, on observe des effets hallucinogènes et les conséquences seront bien plus importantes. À ce stade, on

1 - Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut mutualiste Montsouris

observe souvent des problèmes psychologiques sous-jacents. Le cannabis ayant pour but de mettre à distance les problèmes, arrêter la consommation devient synonyme de retour au réel. On comprend la difficulté à stopper.

À chacune de ces étapes va correspondre une prise en charge particulière. On ne peut avoir la même approche avec le consommateur occasionnel qui, dans la majorité des cas, en restera là, et le patient dépendant qui présente souvent des troubles psychologiques, voire de véritables pathologies psychiatriques. Le premier groupe relève de l'éducation à la santé, de la prévention et de la réduction des risques, le second relève d'une prise en charge plus spécialisée.

L'accueil, l'évaluation, le dialogue...

Les patients nous sont adressés, soit par l'équipe mobile et les partenaires *jeunesses*, soit par les professionnels de santé. Nous leur proposons d'abord une évaluation de leur consommation. Ce bilan doit être multidimensionnel, c'est-à-dire médical, social et environnemental : le jeune est systématiquement vu par un professionnel de santé et un travailleur social. Il permet d'estimer l'importance de la prise de produit ainsi que les répercussions sur la vie personnelle, familiale et professionnelle et de faire ressortir d'éventuels problèmes psychologiques.

L'évaluation, aussi complète que possible, est un préalable indispensable. Celle-ci cherche non seulement à recueillir des éléments diagnostics, mais aussi à créer une relation de confiance. Chez l'adolescent, le relationnel occupe une place prépondérante. Un discours fondé sur la logique et le bon sens, assimilé plus ou moins au discours parental, peut être rejeté si le *courant* ne passe pas. Les personnes qui côtoient les adolescents ont tous connu ces joutes verbales interminables où l'adulte essaie de ramener l'adolescent à la raison avec des arguments souvent irrévocables. Cela ne marche pas et peut même provoquer une attitude de rejet si on ne comprend pas que le dialogue s'effectue sur un autre plan : celui des émotions. Paradoxalement, l'adolescent vit une aide comme un obstacle à son indépendance. Le but est de pouvoir apporter une aide au jeune sans qu'il

la vive comme une menace pour son identité. Pour certains, le cannabis fait partie de leur vie, voire de leur identité. Les adolescents nous parlent non seulement de leur consommation, mais aussi de leur univers, de leur chambre, de leurs copains, de leurs goûts musicaux... souvent centrés sur le cannabis. Prendre en compte cette dimension, c'est reconnaître leur identité. Un respect mutuel favorise le dialogue.

Il est assez rare que le consommateur demande d'emblée le sevrage. L'argument auquel il est le plus sensible, c'est la perte de liberté occasionnée par la dépendance. *Je gère ou j'exagère*, tel peut être le fil conducteur des entretiens d'évaluation. Il est impératif de ne pas porter la discussion sur le *pour ou contre l'usage de cannabis* : ce n'est pas l'objet de l'évaluation. Notre objectif, c'est de mesurer la place qu'a prise le cannabis dans la vie de l'adolescent et combien celui-ci l'a coupé de toute forme d'investissement.

Après cette évaluation, nous discutons d'un suivi. Selon l'existence d'une psychopathologie sous-jacente, nous proposons, soit une thérapie centrée sur la conduite addictive, soit une thérapie dite *bifocale* qui associe deux thérapies : l'une centrée sur le produit et l'autre s'intéressant aux problèmes psychiques de l'adolescent.

Les entretiens motivationnels

L'approche de la consommation de cannabis proposée à Émergence s'effectue en deux étapes, les entretiens dits *motivationnels* et l'élaboration, avec le patient, de stratégies alternatives à la consommation de produits. On peut résumer le principe de ces entretiens motivationnels en une phrase : *ne jamais essayer de convaincre*. Paradoxalement, c'est sur les effets positifs du cannabis qu'il faut insister. Si le cannabis, et les drogues en général, n'avaient que des effets négatifs, il n'y aurait aucun problème à arrêter leur consommation.

Convaincre, c'est souvent minimiser les effets positifs pour mettre en avant les effets négatifs. Or ce qui entretient la poursuite de l'intoxication, ce sont justement ces effets positifs. Lorsque nous demandons aux adolescents quel est l'intérêt de prendre du cannabis, ils nous

répondent : la détente, la convivialité, le goût, le plaisir, le sommeil, la mise à distance des problèmes, la levée des inhibitions... Identifier ces points, c'est définir sur quelles cibles doivent se focaliser les stratégies alternatives. C'est aussi pouvoir estimer correctement la possibilité, voire l'impossibilité, d'un changement.

Arrêter les consommations est plus souvent un problème de possibilité qu'une question de volonté. La volonté renvoie souvent à la moralité et à un idéal. Parler de possibilité, c'est aborder des questions concrètes et pragmatiques. L'objectif est d'accompagner l'adolescent : il doit trouver en lui les moyens d'évoluer, de sortir de la dépendance pour aller d'abord vers une gestion de ses consommations puis, s'il le souhaite, vers une vie sans produit.

Après l'examen des effets positifs, nous explorons ensemble les conséquences négatives de l'usage de cannabis. Souvent les patients se plaignent de troubles de la mémoire, de difficulté de concentration, de troubles de l'humeur, d'épisode paranoïde et de perte totale de motivation. Pour certains, on observe de véritables syndromes de sevrage : irritabilité, anxiété, instabilité et envie irrésistible de reprendre des produits.

L'entretien met alors en balance les conséquences de la poursuite et celles de l'arrêt de l'intoxication et propose, dans un cas comme dans l'autre, des solutions pour les atténuer. Il faut anticiper l'arrêt. Les bénéfices de l'arrêt n'apparaissent qu'à moyen terme. La période la plus difficile à gérer va être le temps entre la disparition des effets du cannabis et la redécouverte d'une vie sans produit. D'où l'importance d'un soutien accru pendant cette phase de transition.

Les stratégies alternatives

Elles sont multiples et variées : à adapter à chaque individu en fonction de sa personnalité. Ce sont des thérapies encadrées, étayantes, centrées sur les méthodes de contrôle et d'arrêt de la consommation.

Accéder à la souffrance des adolescents n'est pas une chose facile. À cet âge, les peurs et les angoisses se manifestent plus par le passage à l'acte que par la discussion. L'engouement des jeunes pour le cannabis n'est pas fortuit et les raisons d'en prendre multiples. Et l'une

d'elles nous renseigne sur leur fonctionnement psychique : l'usage de substances psychoactives est un moyen de juguler une tension sans avoir à utiliser la parole.

Pour un jeune, faire part de ses difficultés à un tiers c'est admettre qu'elles existent ce qui constitue parfois un effort insurmontable, alors qu'il y a moyen de faire autrement...

Beaucoup de patients nous sont adressés par des collègues psychiatres démunis devant la consommation massive de cannabis. Nous nous retrouvons face à des adolescents peu enclins à parler de leur mal-être et qui ont appris à gérer leurs angoisses avec des produits. Ceux-ci, outre leur toxicité directe, rendent l'adolescent encore plus inaccessible à une thérapie qui passe par la parole.

Notre hypothèse de travail est qu'il existe des séquences qui conduisent à la consommation de cannabis. Certaines circonstances (disputes, solitude, examens, rencontre avec des copains fumeurs...) suscitent des émotions (colère, joie, peur, tristesse). Pour répondre à ces émotions, l'adolescent utilise le cannabis en tant que régulateur pour tempérer des débordements qu'il ne pourrait maîtriser. Une de nos techniques consiste en l'apprentissage du repérage de ces séquences pour ensuite apprendre à gérer circonstances et émotions susceptibles de déclencher les prises. Cette technique est employée, soit en individuel, soit en groupe. Parallèlement à cette approche centrée sur le produit, une prise en charge psychologique, voire psychiatrique, est proposée. Le cannabis agit pour certains comme pansement pour la psyché : derrière sa consommation peut se cacher une problématique personnelle ou familiale importante.

Dans bien des cas nous observons une corrélation entre dépendance aux produits et difficultés relationnelles entre parents et adolescents. Dans le processus de séparation et d'individualisation propre à cette période, la prise de cannabis peut interférer de façon majeure. Pour certains auteurs, la dépendance au produit est en quelque sorte une allégorie de la dépendance aux parents dont l'adolescent ne peut ni ne veut se défaire.

Cette dépendance aux parents est farouchement niée parce qu'inacceptable dans un processus

L'augmentation et l'aggravation des problèmes liés au cannabis en France ont entraîné en 5 ans un doublement de la demande de soins en CSST*

* Centres spécialisés de soins aux toxicomanes

Jean-Michel Delile
CEID, Bordeaux

Les usages de cannabis et leurs conséquences négatives ont connu un tel développement en France ces dix dernières années que de plus en plus d'usagers problématiques de cannabis demandent à bénéficier de traitements. Ce phénomène touche l'ensemble de l'Europe, mais quelle est son ampleur dans notre pays et comment l'analyser ?

En France, ce phénomène a été identifié pour l'essentiel en CSST. Deux enquêtes permettent de préciser dans ces centres le niveau de la demande de traitement liée au cannabis en tant que drogue primaire (seul ou en association). De 1987 à 1999 les données étaient issues d'une enquête menée auprès des CSST pendant le mois de novembre par le service statistique du ministère chargé de la Santé (SESI-DGS puis DREES). Depuis 1998 les données sont issues des rapports d'activité standardisés des CSST (ou *rapports-type*) transmis au ministère de la Santé.

Dans les dernières enquêtes *mois de novembre* disponibles (1997 et 1999), une augmentation des demandes liées au cannabis était déjà relevée : 15,5 % de tous les recours en 1999

(sur 19 564 patients) contre 12,7 % en 1997 (sur 18 075 patients). Il est à souligner que ce niveau (environ 3 300 recours aux soins en 1999 contre 948 en 1989) n'avait jamais été atteint depuis la création de cette enquête à la fin des années 1980. Les rapports standardisés indiquent qu'ensuite la part prise par le cannabis a continué à croître entre 1998 (17,5 % de toutes les demandes en CSST) et 2000 (24 % des demandes, sur 53 000 patients) pour se stabiliser en 2001.

Au total, il apparaît donc que la demande de traitement relative au cannabis n'a cessé de croître pour passer de 12,7 % des suivis en CSST en 1997 à 24 % en 2000 et 2001, soit environ un doublement en 5 ans.

Il semble d'ailleurs que cette tendance se poursuive encore pour approcher 30 % des consultants en 2002, au moins dans certaines régions. Une étude portant sur sept CSST d'Aquitaine dans le cadre des travaux du Pôle TREND/OFDI de Bordeaux (CEID) a montré que le pourcentage des patients pris en charge en CSST pour un problème de cannabis est passé de 24 % en 2000 (sur 2 438 patients, données équivalant à la moyenne nationale) à 28 % en 2002 (sur 3 380 patients) soit 41 % des nouveaux patients (n=1 681) contre 28 % en 2000 (n=1 309).

Cette augmentation sensible est sans doute, avant tout, la conséquence de l'accroissement considérable en France ces dix dernières années des prévalences d'expérimentation et d'usages répétés de cannabis chez les jeunes, mais aussi d'usages de plus en plus massifs et précoces (souvent avant 15 ans), de la disponibilité accrue de produits à forte teneur en THC (pollen, *haya...*) et du développement de techniques de consommation plus agressives (*bhangs, douilles*).

65

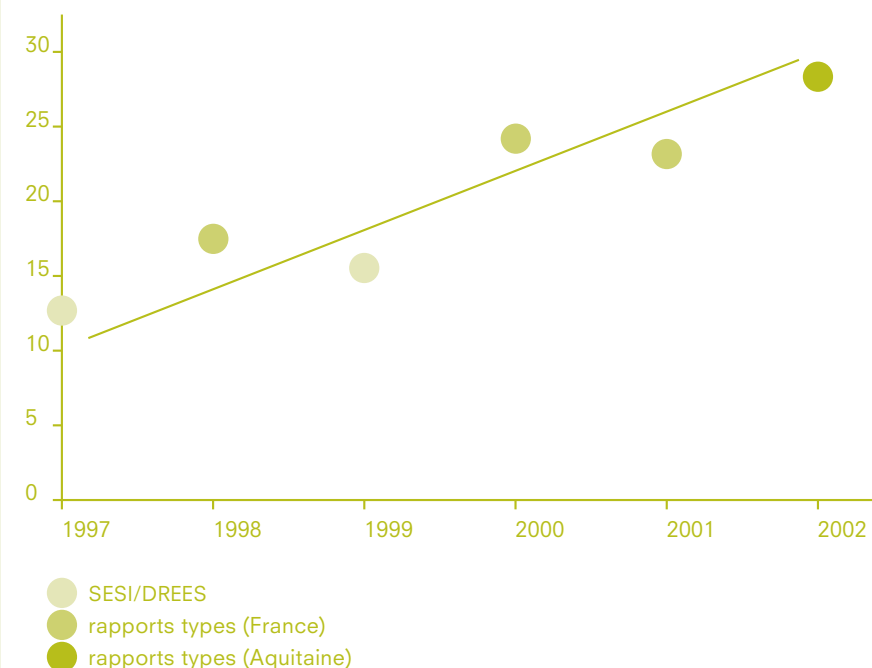
Produits à l'origine de la prise en charge dans les CSST

(en % du nombre de patients et de nouveaux patients pris en charge)

année	1998	1999	2000	2001
effectif ensemble des patients, dossiers validés	n = 22 827	n = 21 436	n = 32 398	n = 31 938
cannabis (/ens. patients) (%)	17,5	21,5	24,0	23,2
effectif de nouveaux patients	n = 11 687	11 361	17 097	16 619
cannabis (/nouveaux patients) (%)	24,2	26,7	27,5	28,9

Source : DGS et OFDI, 2002

Pourcentage des patients pris en charge en CSST pour des problèmes de cannabis (produit primaire)



Cette tendance a sans doute été encore amplifiée par des évolutions sensibles des représentations collectives. Ainsi, il est à relever que classiquement les consommateurs de cannabis étaient *adressés* en CSST par leurs parents, les services répressifs ou la communauté éducative. Ils ne faisaient qu'assez rarement une demande personnelle de soins pour le cannabis du fait d'une forte distorsion entre leur perception *banale* du problème et celle de l'environnement familial et social généralement beaucoup plus préoccupé. De même, beaucoup de professionnels voyaient dans la question du cannabis plus un problème de normes sociales que de santé publique et doutaient de la réelle nocivité de cette substance à l'instar d'une opinion assez largement répandue en Occident. Ils se sentaient donc peu concernés et le manque d'empressement des usagers à venir consulter les confortait dans cette opinion. Actuellement, l'impact négatif de ces consommations, notamment aux plans cognitif et psychiatrique, devient tel, que les représentations dominantes chez les jeunes, mais aussi chez les professionnels et chez les décideurs, ont commencé à évoluer en France. La prise de conscience actuelle concourt donc à amplifier à son tour l'augmentation de la demande de

traitement relative au cannabis, celle-ci étant sans doute plus aisément formulée par les usagers et mieux prise en compte par les professionnels.

Dans une période où beaucoup s'interrogent sur les lieux institutionnels les mieux adaptés à l'accueil de ces patients, il convient de ne pas perdre de vue que de plus en plus d'usagers **en souffrance** ont fait le choix de s'adresser aux CSST, institutions qui ont précisément pour mission l'accueil et le soin des personnes en difficultés avec les substances psychoactives. Cela a conduit de nombreuses équipes à développer des stratégies spécifiques et innovantes prenant en compte la diversité des besoins des usagers et de leur entourage familial et social (ouverture de nouveaux lieux d'accueil pluridisciplinaires, élargissement des partenariats, techniques d'intervention précoce, thérapies brèves, soutien à la parentalité, formation des personnels...).

Pour faire face aux demandes toujours plus nombreuses des patients et de leur entourage, à nous tous maintenant d'être à la hauteur de ce nouveau défi en développant des programmes de soins et d'accès aux soins toujours mieux adaptés à leurs besoins. - Jean-Michel Delile

de séparation inexorable. Ainsi, on comprend mieux l'intérêt d'une prise en charge bifocale qui tient aussi compte de ces problématiques.

Les pathologies psychiatriques

Dans nos consultations, nous observons souvent des pathologies psychiatriques : cela peut aller de la dépression à la schizophrénie débutante. Les rapports entre pathologies psychiatriques et consommations sont complexes². Ces pathologies sont des facteurs de risque de consommations et, en même temps, la prise de cannabis va être un facteur de vulnérabilité psychologique. Sur ces questions, nous collaborons avec des secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile.

Pour les patients présentant des troubles psychiatriques, deux cas de figures retiennent l'attention :

– L'adolescent déprimé qui utilise le cannabis pour contrecarrer la symptomatologie dépressive : angoisse, trouble du sommeil, pensée dépressive. L'évolution n'est, en général, pas très bonne. Le jeune, grâce au cannabis, s'enferme dans sa bulle et s'isole de plus en plus de son environnement. La fonction désinhibitrice du cannabis peut aussi, dans certains cas, favoriser l'agressivité, les passages à l'acte et conduire à une désinsertion. La prise en charge est difficile et doit véritablement être bifocale car la symptomatologie dépressive réapparaîtra dès l'arrêt de la consommation si celle-ci n'est pas traitée conjointement.

– L'adolescent atteint de troubles schizophréniques et pour qui la motivation de l'usage de cannabis est multiple. Il est utilisé, soit pour calmer la symptomatologie dépressive souvent associée, soit pour combler le vide lors de périodes déficitaires. Nous avons même vu des patients rechercher les hallucinations avec de fortes doses de haschisch. Certains patients se donnent une identité de toxicomane, plus valorisante que celle du malade mental. Les conséquences sont souvent désastreuses : augmentation du nombre de tentatives de suicide, augmentation des rechutes délirantes, moins bonne observance thérapeutique... Là encore, une double prise en charge s'impose en parte-

nariat rapproché avec le secteur psychiatrique. En pratique, les patients viennent nous voir, souvent avec un grand intérêt, pour parler de leur consommation et suivre nos thérapies tout en poursuivant des consultations sur le secteur psychiatrique.

L'accueil des parents

Enfin, un temps doit aussi être consacré à l'entourage, et notamment aux parents.

Au centre Émergence, l'entretien avec les parents s'effectue de façon quasi systématique : nous recevons successivement les parents avec l'adolescent, l'adolescent seul, puis les parents seuls.

Ce que nous cherchons à comprendre, c'est le regard que portent les parents sur leur enfant et sa consommation, les relations entre eux et les mesures qui ont été prises par les parents pour faire face au problème.

L'important est de ne surtout pas aller dans le sens de la culpabilité des parents qui est souvent très grande. Les parents doivent, le plus possible, être des co-thérapeutes, et contribuer en tant que tels à la réussite de la prise en charge. - Olivier Phan

Bibliographie

1. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS : *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, Guilford Press (1993)
2. Gruber AJ, Pope HG Jr : *Marijuana use among adolescents*, The pediatric clinics of North America 49 : 389-413 (2002)
3. Inserm : *Expertise collective : Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé ?* Les éditions Inserm (2001)
4. Miller WR, Heather Nick : *Treating addictive behaviours*, Plenum, 2nd ed. (1998)

2 - Voir à ce sujet l'article de X Laqueille, *Les troubles psychiatriques liés à l'usage de cannabis*, page 19 de ce dossier