

Mme Céline Bonnaire\*, M. Jean-Pierre Couteron\*\*

\* Docteur en psychologie, \*\* Psychologue clinicien, Centre départemental d'aide aux toxicomanes (CEDAT), 122, boulevard Carnot, F-78200 Mantes-la-Jolie  
Reçu juin 2008, accepté septembre 2008

# Les consultations “Jeunes usagers”

## Une expérience de prise en charge en addictologie

### Résumé

L'ouverture des consultations “Jeunes usagers consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives” s'est faite en lien direct avec l'augmentation et le rajeunissement de la consommation de cannabis en France. Cette augmentation de l'usage et de ses conséquences s'est traduite par une augmentation de la demande de prise en charge. Comment aider les jeunes et/ou les parents venant consulter ? Comment s'articule la prise en charge ? C'est à partir de notre expérience au Centre départemental d'aide aux toxicomanes de Mantes-la-Jolie que nous avons souhaité préciser nos réponses à ces questions afin de contribuer à la nécessaire conceptualisation des pratiques cliniques. Les conséquences de la consommation de cannabis étant médicales, sociales, éducatives et environnementales, l'accompagnement va donc intégrer l'ensemble de ces facteurs. C'est la raison pour laquelle une approche intégrant diverses orientations, à la fois cognitivo-comportementales, psychanalytiques et systémiques, nous a semblé la plus pertinente. Les trois étapes pouvant constituer la prise en charge sont présentées : l'évaluation et la construction de l'alliance thérapeutique ; les changements ; la consolidation et le maintien des changements.

### Mots-clés

Cannabis – Prise en charge – Alliance thérapeutique – Entretien motivationnel – Intervention cognitivo-comportementale – Orientation psychanalytique – Orientation systémique.

### Summary

#### “Young user” clinics: a new experience in care of addicts

The opening of “Young cannabis and other psychoactive substance users” clinics was directly related to the growing use of cannabis among younger people in France. This increased use and its consequences was reflected by an increased demand for management. How can we help young people and/or their parents consulting for cannabis abuse and how should this management be organized? Based on their experience in the Mantes-la-Jolie departmental substance abuse help centre, the authors describe their answers to these questions as a contribution to the necessary conceptualisation of clinical practices. As the consequences of cannabis use are medical, social, educative and environmental, management of young users must therefore integrate all of these factors, which is why an approach integrating cognitive and behavioural, psychoanalytical and systemic orientations appears to be the most relevant. The three phases of management are presented: evaluation and construction of the therapeutic alliance; changes; consolidation and maintenance of changes.

### Key words

Cannabis – Management – Therapeutic alliance – Motivational interview – Cognitive-behavioural intervention – Psychoanalytical orientation – Systemic orientation.

La consommation de cannabis en France a doublé entre 1990 et 2000 (1), notamment chez les adolescents. En dix ans, l'expérimentation a été multipliée par trois parmi les plus jeunes (14-15 ans) et par 2,2 parmi les plus âgés (18 ans), ce qui a entraîné une augmentation de la consommation plus régulière (2). Cette augmentation de l'usage et de ses conséquences se traduit par une augmentation de

la demande de prise en charge. La réponse publique a été l'ouverture de 270 consultations “Jeunes usagers consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives”, adossées majoritairement à des CSST (Centres spécialisés de soins aux toxicomanes). Un public “tout-venant” y est reçu, à l'exclusion des adolescents en crise nécessitant une hospitalisation (exemple : bouffée délirante aiguë suite à

une prise de produits). Une grande partie du public a entre 14 et 25 ans, ce qui confirme le rajeunissement des consultants. Tous les types et modes d'usage y sont présents : simple, à risque, dépendance ; joint, blunt, bang, pipe... Il est donc utile, voire nécessaire, de connaître tout autant les classifications internationales (exemple : DSM-IV-TR) (3) que les pratiques quotidiennes des usagers. Le travail avec l'usager comporte un temps d'évaluation ou bilan, puis une mise en question de l'expérience d'usage et un travail de la motivation, enfin des propositions d'accompagnement ou d'aide (4, 5). À partir de notre expérience au CEDAT (Centre départemental d'aide aux toxicomanes) de Mantes-la-Jolie, nous souhaitons préciser et compléter ces premiers éléments pour contribuer à la nécessaire conceptualisation des pratiques cliniques, et ce alors que le débat sur les réponses publiques est relancé par le plan gouvernemental 2008-2011, le plan "Santé des jeunes" du Ministère de la santé et par le rapport de la Défenseure des enfants.

## La prise de contact

---

La prise de rendez-vous se fait en majorité par téléphone, plus rarement directement (la personne se présentant à la consultation pour prendre un rendez-vous). Cette prise de contact téléphonique est importante, elle participe à la mise en place de l'alliance thérapeutique, primordiale pour une bonne prise en charge (6). Elle donne l'occasion de recueillir des informations permettant de préciser et clarifier l'origine de la demande et le contexte dans lequel elle s'inscrit (le jeune est-il au courant ? souhaite-t-il venir ? etc.). Lorsqu'il s'agit d'un usager adulte, cette demande ne pose généralement pas de problème, celui-ci arrive en ayant réfléchi à ses consommations. À l'inverse, au moment de l'adolescence (située de façon large entre 12 et 20 ans), la demande provient rarement de l'adolescent lui-même. Être en demande signifie, pour l'adolescent, être à même de reconnaître le caractère illusoire de sa revendication d'autonomie radicale, d'opposition systématique et son besoin de dépendance par rapport à l'autre. Le désir d'autonomie qui l'habite entrave sa demande de soin ou d'aide autant qu'elle empêche la mise en place de l'alliance thérapeutique, nécessaire pour travailler avec celui-ci.

Pour une grande majorité des consultants, la demande provient donc des parents, de l'école, voire même de foyer éducatif ou de la justice. Lorsqu'elle est portée par les parents, nous allons les sensibiliser à l'importance de l'engagement de l'adolescent. L'objectif est moins "de faire venir" l'adolescent, y compris sous la contrainte, celui-ci

manifestant son opposition pendant tout le temps de l'entretien, que de commencer à construire sa motivation. Pour ce faire, il est possible de recevoir les parents seuls, afin que le cadre de travail leur soit exposé, et de travailler avec eux pour faciliter la venue de l'usager dans un second temps. Dans tous les cas, nous incitons à ce que l'usager se présente à sa première consultation accompagné de la personne ayant suscité la demande. Nous les recevons ensemble afin que l'adulte expose devant l'usager la situation ayant motivé cette prise en charge, puis nous continuons l'entretien avec l'usager seul.

## Les trois grandes étapes de la prise en charge

---

Les conséquences de la consommation de cannabis ne sont pas que médicales, elles sont aussi sociales, éducatives et environnementales. L'accompagnement doit donc intégrer l'ensemble de ces facteurs (7). En raison de la fréquence des troubles psychiatriques en rapport avec la prise de cannabis, la prise en charge va tenir compte à la fois de la conduite addictive mais aussi de la psychopathologie sous-jacente. Les adolescents qui prennent des produits comme moyen de régulation émotionnelle (exemple : gérer ou anesthésier des émotions désagréables, notamment lors d'une dépression, fréquente dans cette période) sont souvent plus motivés à participer à la thérapeutique et à entrer dans un lien transférentiel que les personnes dont le mode de consommation serait plutôt "social". C'est tout l'intérêt de pouvoir proposer une thérapie à deux versants (ou thérapie bifocale) (8), en associant une prise en charge centrée sur le produit, ses effets et fonctions, et une approche plus psychodynamique qui permettra de faire surgir un certain nombre de conflits sous-jacents restés jusque-là inconscients. Il est primordial de pouvoir offrir un étayage suffisant pour pouvoir aborder des problématiques qui vont remettre en question un simili-équilibre, souvent précaire, que le sujet s'était forgé jusque-là.

### ***Une étape d'évaluation et de construction de l'alliance thérapeutique***

La première étape est celle des évaluations. Il s'agit d'effectuer un bilan des consommations, mais aussi de la personnalité et de la psychopathologie sous-jacente. Un relais pour un suivi psychiatrique peut alors être organisé quand l'évaluation met en avant une structure psychotique qui rend nécessaire la mise en place d'un traitement spécifique. Le bon déroulement de cette étape repose sur l'al-

liance thérapeutique. Les premiers entretiens sont essentiels pour sa construction. La plupart des adolescents sont contraints de venir à la consultation, et, pour eux, la notion d'alliance thérapeutique ne va pas de soi. Il s'agit donc d'emblée de travailler autour de l'idée de motivation, de créer un passage entre la demande parentale et celle, peu existante, de l'adolescent. De ce fait, il est plus juste de parler non pas d'alliance thérapeutique mais des alliances thérapeutiques : avec l'adolescent, mais aussi avec les parents voire les autres membres de la famille et les interlocuteurs de l'environnement extrafamilial (exemple : l'école).

Avec l'adolescent tout particulièrement, l'alliance thérapeutique repose sur l'empathie, la bienveillance du thérapeute et sur des phénomènes inconscients d'identification au thérapeute. C'est la condition pour qu'il accepte de continuer à être suivi. C'est aussi parce que l'identification est problématique à cette époque-là de la vie que le suivi thérapeutique est difficile. Le thérapeute doit être perçu comme une aide et non comme une menace pour son indépendance. Mais la construction de l'alliance thérapeutique se noue aussi au travers d'une analyse dynamique des consommations de produits et de l'élaboration conjointe des buts et des objectifs du traitement. L'accompagnement doit aussi être perçu comme une possibilité de trouver, dans de bonnes conditions, les supports nécessaires à ses changements de vie (ce qui constitue l'objectif principal de la prise en charge). C'est la conjonction de ces deux niveaux d'interaction – empathie et analyse de l'usage – qui va rendre possible les changements de comportements nécessaires à la réussite du traitement.

Il y a donc un temps pour parler des consommations : type de produit utilisé (herbe, résine), mode de consommation (joint, bang, blunt, etc.), âge de début et contexte de la première consommation (seul ou avec des pairs, en lien ou non avec des événements de vie, etc.), effets ressentis lors des premières consommations, circonstances actuelles (seul ou avec les pairs, dès le matin ou le soir après la journée d'école, en soirée pour faire la fête ou sur le lieu du travail, etc.), effets attendus et recherchés (se détendre, rigoler, etc.), mais aussi les impacts du cannabis identifiés (mémoire, concentration, démotivation, activités, etc.), sur le rapport aux autres, la famille, les copains, les professeurs, etc. Ce temps permet à l'adolescent de prendre conscience des effets recherchés à travers le cannabis tout en instaurant un échange autour de son univers qui aide à mieux le connaître, dans les liens à ses copains, sa chambre, ses goûts musicaux, ses hobbies, etc. Il contribue à préciser si tout est centré sur le produit et apporte de

multiples informations qui participeront aux choix thérapeutiques à venir. Lors de cette étape, le thérapeute va utiliser des outils d'évaluation (9) et ses connaissances de la clinique des drogues pour aider l'adolescent à mettre des mots qui lui font souvent défaut sur des ressentis d'autant plus envahissants. C'est aussi l'occasion de constater les stratégies de contrôle dont il dispose, celles qu'il sait encore utiliser et celles qui sont en phase d'échec ou qui manquent.

Avec les parents, l'alliance thérapeutique passe bien évidemment par la prise en compte de leur ressenti de souffrance. Elle s'alimente des difficultés rencontrées à l'école et de la crise familiale. Ils viennent demander une aide, souvent en urgence parce que la situation s'est brusquement dégradée (exemple : chute des résultats scolaires) ou après un événement qui a rendu visible la consommation (exemple : découverte d'une boulette de shit dans les poches du pantalon). Souvent, ils sont déstabilisés par le refus de l'adolescent de consulter, par son refus de prendre en compte la "gravité" de la situation. L'adolescent ressent souvent la consommation comme une solution, les parents la perçoivent comme un état de crise. Valider la légitimité de cette inquiétude, tout en mettant en question les comportements qui la fondent, contribue à créer l'alliance.

Mais comme pour l'adolescent, l'alliance thérapeutique ne se réduit pas à ces éléments. Elle résulte aussi de la capacité des professionnels à soutenir les parents afin qu'ils puissent reprendre leur rôle éducatif que l'état de crise remet en question. Nous proposons d'évaluer avec les parents l'impact de la consommation et d'éclaircir la notion de "cannabis-béquille, cannabis-solution" (10). Nous allons aussi évaluer le regard qu'ils portent sur leur enfant, les relations intrafamiliales, les mesures qui ont été prises pour faire face au problème (exemple : qu'est-ce que vous avez déjà essayé de faire jusqu'à aujourd'hui par rapport aux consommations de votre enfant ?), mais également la vision que les parents ont des produits (afin de dédramatiser la situation si nécessaire, d'alerter dans d'autres cas et d'informer au mieux les parents). Dans tous les cas, il est nécessaire de déculpabiliser les parents pour leur permettre d'être des cothérapeutes contribuant à la réussite d'un accompagnement vécu comme une aide éducative. Après le bilan établi avec eux, nous leur ferons une proposition pour tenter de renouer le dialogue avec leur enfant et réfléchir ensemble sur la manière de le motiver. Il s'agit aussi d'évaluer si la famille s'engage ou si un relais vers une consultation plus spécialisée paraît nécessaire (exemple : vers une thérapie systémique s'il existe une problématique familiale franche). Plus le patient est jeune

et plus l'implication de la famille est nécessaire. Plus la psychopathologie est sévère et plus la thérapie nécessite une intervention en complément de la thérapie centrée sur la conduite addictive.

### **Une étape de changements : diversité des approches**

La deuxième étape consiste en une mise en question de l'expérience d'usage pour amorcer les changements dans sa vie personnelle, familiale et environnementale. Nous allons travailler autour de la motivation au changement. Le but est d'amener l'adolescent à s'interroger sur sa situation, de l'aider à prendre conscience des dysfonctionnements qui y sont liés et à adopter une position active face aux changements. Il s'agit ici de rendre l'adolescent acteur de la démarche engagée. Les scénarios d'usage rencontrés ne sont plus centrés uniquement sur l'attrait de l'interdit. De même, nous ne sommes plus, dans la majorité des cas, face à une psychopathologie avérée. Aujourd'hui, la consommation tourne davantage autour de la gestion du plaisir, de l'ennui, d'une dépressivité (11) sous-jacente (plutôt qu'une dépression franche), d'un malaise psychosocial, de la gestion de difficultés familiales, etc. Et c'est bien ce contexte qui justifie la multidimensionnalité des approches. C'est également l'une des raisons pour lesquelles nos accompagnements sont organisés avec deux intervenants (en général un psychologue et un travailleur social). Pour ce faire, nous allons utiliser et associer plusieurs techniques thérapeutiques, notamment l'entretien motivationnel (12), des interventions cognitivo-comportementales (13), des orientations psychanalytiques et systémiques (14), qui seront d'autant plus acceptées que nous aurons pris le temps de construire l'alliance thérapeutique. Le thérapeute va devoir s'occuper de différentes réalités, que ce soit la réalité psychique, la réalité sociale, la réalité familiale, etc.

Concernant l'entretien motivationnel, nous allons nous appuyer sur "la balance décisionnelle". Il s'agit ici d'interroger l'adolescent sur les effets positifs et négatifs de sa consommation, de mettre en évidence une balance pour voir s'il existe plus d'effets positifs que négatifs. Nous sommes, à ce moment-là, dans une écoute active où le thérapeute n'hésitera pas à intervenir. Cela permet également de laisser s'exprimer l'ambivalence de l'adolescent quant à son désir de changement, ce qui est essentiel pour travailler à partir des deux versants de cette ambivalence (15). Une bonne maîtrise de l'entretien motivationnel doit être complétée par des connaissances sur l'adolescence ainsi que sur la clinique des addictions (les usages, les

produits, la psychopathologie des addictions, etc.) (16). Ce savoir facilite ainsi l'utilisation adéquate de la reformulation, des résumés, la manière de questionner et correspond bien à la dimension active de ces interventions.

Concernant les techniques cognitivo-comportementales, l'objectif est de comprendre la place et la fonction du produit dans la vie de l'adolescent, de mieux comprendre les éléments déclenchants d'un comportement et ses conséquences. C'est le travail préalable sur l'ambivalence et l'implication de l'adolescent qui permet d'aborder cette question de la place et de la fonction du cannabis et des autres consommations dans la vie du jeune. C'est aussi lui donner la possibilité de comprendre que la dépendance n'est pas le fruit du hasard ou d'une fatalité sociale comme il peut s'en convaincre dans des scénarios "explicatifs", mais qu'elle est un enchaînement de comportements, de choix et de conséquences sur lesquels il peut être aidé à intervenir. Nous allons par exemple identifier les déclencheurs internes (pensées, émotions, perceptions et circonstances avant et après la consommation) et externes (circonstances des débuts, environnement : avec qui consomme-t-il ? où ? quand ?) et leurs liens avec les situations à risque. Pour ce faire, nous allons poser des questions précises et concrètes pour aider le jeune à repérer ce type de déclencheurs : que pensiez-vous juste avant la consommation (le but étant d'identifier les processus de pensée) ? Que ressentez-vous physiquement juste avant de consommer (l'objectif étant de l'aider à relier les sensations physiques et les émotions) ? Quels types d'émotions éprouvez-vous après la prise (afin d'identifier l'état émotionnel de l'adolescent avant sa consommation et repérer la fonction du produit ; exemple : apaisement du stress) ? L'autre exemple que nous pouvons donner ici est l'utilisation du "carnet de consommation". Elle n'est pas systématique, mais se révèle particulièrement utile avec des adolescents qui ont des difficultés à identifier, repérer et quantifier leur consommation. On va donner à l'adolescent le carnet en lui demandant au cours de la semaine écoulée de noter chaque fois qu'il consomme : l'heure, le type de consommation mais aussi l'état d'esprit dans lequel il se trouve avant sa consommation et comment il se sent après avoir consommé. Cela constituera une base de travail pour l'entretien suivant.

À partir de ce travail, si l'adolescent veut arrêter ou diminuer sa consommation, s'il manifeste le besoin d'être accompagné dans cette démarche, la thérapie de soutien sera indiquée. Elle sera de durée variable, plus ou moins longue et se fondera sur les ressources personnelles du sujet et du savoir-faire du praticien. À partir de son type de consommation, l'adolescent va être invité à expéri-

menter des attitudes nouvelles : stratégies de *coping*, expérimentation d'arrêts, etc. L'objectif est de lui (ré)apprendre à gérer son comportement d'usage par une restructuration cognitive qui vise à modifier les cognitions et les processus de pensées dysfonctionnels en passant par la mise en place de stratégies en vue de changements. Le rôle du thérapeute est de le soutenir dans une prise de conscience active de la place actuelle tenue par le produit.

Concernant les interventions d'orientation psychodynamique, elles sont essentielles lorsque émerge une problématique centrée sur l'identité chez un jeune utilisant le cannabis comme une réponse à celle-ci. L'écoute se centrera alors sur la réalité psychique interne du patient. Les problématiques les plus rencontrées concernent le vécu d'un événement traumatique (agression sexuelle, maltraitance, violence, décès, etc.), les troubles de l'identité, l'angoisse en lien aux problématiques adolescentes (modifications du corps, éveils de la sexualité), l'état dépressif, etc. Nous pouvons évoquer ici la fonction de la consommation dans la gestion des émotions. Souvent, l'adolescent utilise le cannabis comme moyen d'anesthésier des états émotionnels douloureux. Il s'agit ici de l'aider à prendre conscience de ses mouvements pulsionnels internes et de l'aider à mieux les mentaliser, les penser, les verbaliser. Dans ce cas, il est important de développer des techniques psychothérapeutiques spécifiques afin d'améliorer l'identification et la différenciation des émotions chez les sujets présentant une mauvaise régulation émotionnelle, notamment un travail au niveau du corps (17, 18). L'adolescent est souvent pris dans un désir de maîtrise qui accentue une tendance à refouler ses émotions sans pouvoir le reconnaître.

Des séances de relaxation ou de sophrologie peuvent permettre de mieux connaître et découvrir les sensations qui proviennent du corps et qu'il a tendance à refouler (19). L'objectif est de l'aider à reprendre doucement et progressivement contact avec son corps, à découvrir l'émergence de ses émotions et le plaisir de l'utilisation de son propre corps. Ce travail, en cohérence avec l'alliance thérapeutique, se fait dans le cadre d'un objectif défini en commun (préparation d'un examen, gestion du stress, prise de parole, etc.). Tous les patients ne sont pas prêts à accepter de reprendre contact avec leur corps de cette façon. Ils redoutent de réveiller une certaine angoisse chez eux. Une évaluation avec le psychothérapeute est nécessaire avant d'y avoir recours.

Pour les jeunes de 12 à 19 ans qui sont encore en lien étroit avec leur famille, les techniques psychothérapeutiques comprenant les approches individuelles, d'une part,

et familiales, d'autre part, semblent efficaces et adaptées. Les recherches effectuées sur le développement psychologique et psychopathologique de l'adolescent montrent que la famille est non seulement la clef du développement de l'identité, mais également le rempart contre des comportements à risque qui peuvent être suscités par l'environnement extérieur (20, 21). Pour certains auteurs (22), la conduite addictive chez l'adolescent s'inscrit dans un contexte multidimensionnel large. L'approche familiale permet au thérapeute de travailler cet aspect au travers de quatre pôles, clefs de voûte du développement du jeune : les parents, la famille, l'adolescent et le domaine extrafamilial (institution scolaire, parascolaire, social et judiciaire). Cette approche thérapeutique inclut à la fois des techniques cognitives inspirées de Beck (23) et des approches systémiques développées par Minuchin (24) et Rogers (25).

En dehors de cette prise en charge familiale multidimensionnelle expérimentée en France dans le cadre de la recherche INCANT (*International cannabis need of treatment*) (26), deux cas de figure sont possibles. Il s'agira non pas d'engager une thérapie familiale à proprement parler mais plutôt d'inclure la famille dans la prise en charge. Si nous sommes face à une famille en difficulté devant la découverte de l'usage de cannabis ou à des parents épuisés par la répétition d'une consommation qui met en échec leurs réponses, nous proposerons une orientation vers un autre membre de l'équipe. En effet, dans ce cas, les parents ont besoin d'un espace à eux et pour eux, pour ne pas influencer sur l'alliance thérapeutique avec le jeune et pour canaliser leurs angoisses. Ils pourront y parler de leurs difficultés face à la conduite de leur adolescent et demander des conseils dans la façon de gérer la situation. En revanche, lorsque nous sommes face à des difficultés de communication au sein de la famille, d'un manque de dialogue entre l'adolescent et ses parents, nous réaliserons, de façon ponctuelle, des entretiens familiaux. Mais qu'il s'agisse de l'une ou l'autre de ces modalités de prise en charge de la famille, l'idée reste d'agir pour induire le changement. Cela nécessite l'engagement de la famille. Le thérapeute devra prendre en compte les résistances au changement et travailler cette question du côté de l'adolescent, mais aussi du côté de la famille dont il cherche à empêcher le désengagement.

### **L'étape de consolidation et du maintien des changements**

La troisième étape conduit à consolider les changements qui ont eu lieu, en se projetant dans des situations à venir.

Nous allons repérer avec l'usager les situations dites "à risque" autour de deux pôles, l'un personnel, l'autre situationnel. Par exemple, au niveau du pôle personnel, l'adolescent ayant pris conscience que sa consommation servait à réguler ses affects douloureux, ayant appris à identifier et différencier ses émotions, pourra repérer plus facilement son ressenti et identifier, par exemple, des moments de tristesse. De plus, ayant appris des stratégies de *coping* pour gérer ses émotions, il s'en servira afin d'éviter le recours à la prise de produit. Concernant le pôle situationnel, il s'agit de repérer avec l'adolescent les futures situations à risque. Par exemple, un adolescent qui a arrêté sa consommation vient nous parler d'une soirée à laquelle il a envie de se rendre et dans laquelle il connaît des personnes qui fument. Nous allons réfléchir avec lui à cette situation et voir comment il peut faire pour aller à cette soirée et ne pas consommer. Nous pouvons aussi donner des rendez-vous à distance autour de certaines thématiques. Par exemple, laisser passer les fêtes de fin d'année pour voir ensemble comment les choses se sont passées ou après un examen blanc ou au moment de la nouvelle rentrée scolaire, etc. Il s'agit là de refaire un bilan, refaire le point ensemble autour d'un évènement de la vie quotidienne.

## Conclusion

Tout en restant conscient de ses limites, notamment vis-à-vis de jeunes en situation d'exclusion sociale majeure, cette structuration de l'accompagnement fait quotidiennement la preuve de son intérêt, notamment dans la double alliance qu'il organise, avec l'usager et son entourage (22). En associant écoute du sujet et apprentissage de compétences, prise en compte des affects et travail sur le comportement addictif, cet accompagnement peut être perçu comme une aide éducative, tant par l'usager que par sa famille. ■

C. Bonnaire, J.-P. Couteron  
Les consultations "Jeunes usagers". Une expérience  
*Alcoologie et Addictologie* 2009 ; 39 : 71-76

## Références bibliographiques

- 1 - Reynaud M. Quelques points d'actualité sur le cannabis. In : Renaud M. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2006 : 471-472.
- 2 - Huerre P, Marty F. Cannabis et adolescence. Les liaisons dangereuses. Paris : Albin Michel, 2004.
- 3 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> revised edition. Washington : APA, 2000.
- 4 - Couteron JP. Accueil d'usagers de cannabis : intérêt d'une autoévaluation. *Interventions* 2001 ; 18 (2) : 40-44.
- 5 - Couteron JP. De l'usage de cannabis... du bon usage du monde... *Santé Mentale* 2005 ; 102 : 22-28.
- 6 - Bonnaire C, Couteron JP. Je consomme mais je m'arrête quand je veux. *Santé Mentale* 2005 ; 102 : 52-56.
- 7 - Morel A, Couteron JP. Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner. Paris : Dunod, 2008.
- 8 - Jeammet P. La thérapie bifocale : une réponse possible à certaines difficultés de la psychothérapie à l'adolescence. *Adolescence* 1984 ; 10 (2) : 371-383.
- 9 - Karila L, Couteron JP, Reynaud M. Stratégies de repérage et d'évaluation de l'usage nocif de cannabis. In : Reynaud M. Cannabis et santé. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2004 : 153-164.
- 10 - Phan O, Bastard-Dagher N. La place des TCC dans les conduites addictives à l'adolescence. *Santé Mentale* 2005 ; 102 : 44-51.
- 11 - Corcos M, Atger F, Loas G, Jeammet P. Place et fonction de la dépression et de la dépressivité dans les troubles addictifs. In : Corcos M, Flament M, Jeammet P. Les conduites de dépendance. Paris : Masson, 2003 : 220-230.
- 12 - Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à s'engager dans le changement. Paris : Dunod, 2006.
- 13 - Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. Paris : Masson, 2001.
- 14 - Hefez S. Quand la famille s'emmêle. Paris : Hachette, 2004.
- 15 - Miller WR, Rollnick S. Motivationnel interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York : Guilford, 1991.
- 16 - Corcos M, Phan O, Nezelof S, Jeammet P. Psychopathologie de l'adolescent fumeur de cannabis. *Rev Prat* 2005 ; 55 : 35-40.
- 17 - Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. Alexithymia and personality in relation to dimension of psychopathology. *Am J Psychiat* 2004 ; 161 : 1299-1301.
- 18 - Speranza M, Corcos M, Guilbaud O, Loas G, Jeammet P. Alexithymia, personality and psychopathology. *Am J Psychiat* 2005 ; 162 : 1029-1030.
- 19 - Potel C. Corps brûlant, corps adolescent. Des thérapies à médiation corporelles pour les adolescents ? Toulouse : Érès, 2006.
- 20 - Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull* 1999 ; 122 : 170-191.
- 21 - Liddle HA, Dakof GA. Efficacy of family therapy for drug abuse: promising but not definitive. *J Marital Fam Ther* 1995 ; 21 : 511-543.
- 22 - Liddle HA, Hogue A. Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In : Wagner EF, Waldron HB, Eds. Innovations in adolescent substance abuse interventions. London : Elsevier, 2001 : 229-261.
- 23 - Beck JS. Cognitive conceptualization. Cognitive therapy: basics and beyond. New York : Guilford Press, 1995.
- 24 - Minuchin S, Fishman HC. Family therapy techniques. Cambridge, London : Harvard University Press, 2002.
- 25 - Rogers C. Le développement de la personne. Paris : InterÉditions, 2005.
- 26 - Phan O, Bonnaire C, Bastard N, Jouanne C. Le projet INCANT. *Psychotropes* 2009 ; (sous presse).
- 27 - Couteron JP. Conduite à tenir avec un fumeur de cannabis. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2006 : 520-524.