

LA THÉRAPIE FAMILIALE MULTIDIMENSIONNELLE DES ADOLESCENT(E)S DÉPENDANTS DU CANNABIS Une nouvelle approche systémique en Europe dans le cadre d'une recherche plurinationale

Patrick SPAPEN¹, Tatiana ANGELIDIS², Valérie ANTONIALI³,
Kris VAN GERWEN⁴, Isy PELC⁵ et Paul VERBANCK⁶

Résumé : *La thérapie familiale multidimensionnelle des adolescent(e)s dépendants du cannabis : une nouvelle approche systémique en Europe dans le cadre d'une recherche plurinationale.* – Certains adolescents consommateurs de cannabis présentent une réelle assuétude qui s'accompagne le plus souvent d'une série d'autres difficultés personnelles, familiales et sociales. Un modèle intégratif de thérapie familiale adapté à cette problématique et basé sur les données de la recherche est présenté et illustré par une situation clinique.

Summary : *Multidimensional family therapy with cannabis dependent adolescents: a new systemic approach in Europe in the context of a multinational research.* – Some adolescent cannabis users develop a real addiction which is often associated with different individual, familial and social difficulties. An integrative research-based family therapy model based on the data of the research is presented and illustrated with a clinical case.

Resumen : *La terapia familiar multidimensional de adolescentes dependientes de cannabis : una nueva metodología sistémica en Europa en el contexto de una investigación multinacional.* – Algunos adolescentes consumidores de cannabis presentan una real adicción que esta frecuentemente acompañada de una serie de otras dificultades personales, familiares y sociales. Un modelo integrador de terapia familiar adaptada a esta problemática y basada en los datos de la investigación es presentada e ilustrada por un caso clínico.

Mots-clés : Adolescence – Cannabis – Assuétude – Thérapie familiale multidimensionnelle.

Keywords : Adolescence – Cannabis – Addiction – Multidimensional family therapy.

Palabras clave : Adolescencia – Cannabis – Adicción – Terapia familiar multidimensional.

¹ Psychologue, thérapeute familial.

² Psychologue, thérapeute familiale en formation.

³ Psychologue, thérapeute cognitivo-comportementale.

⁴ Infirmière psychiatrique, thérapeute familiale.

⁵ Psychiatre, coordinateur du projet.

⁶ Psychiatre, chef du service.

Introduction

Aujourd'hui, un grand nombre d'adolescent(e)s fument du cannabis. L'étendue du phénomène a donné lieu à différentes études qui ont notamment mis en évidence les éléments suivants : l'âge de début de consommation de cannabis est en baisse et le produit est plus concentré qu'avant en substance psycho-active (Delta 9 Tétrahydro Cannabinol), ce qui suscite des inquiétudes concernant des risques multiples (neurologiques, psychologiques, sociaux) (2); on s'aperçoit également qu'à peu près 15% d'adolescent(e)s consommateurs sont dépendants et le seront toujours pour la plupart cinq ans après, contrairement à la majorité des autres consommateurs qui, progressivement, abandonnent la consommation ou la réduisent notablement (12). Ces jeunes consommateurs présentent en outre le plus souvent d'autres difficultés.

On sait que le début de l'adolescence est une période des plus sensibles dans le cycle de vie. La réorganisation développementale importante introduit une vulnérabilité cognitive et émotionnelle qui peut favoriser l'apparition de difficultés diverses avec parfois l'apparition d'une assuétude. C'est une des raisons pour laquelle une intervention adéquate précoce a tout son sens en vue de mobiliser les ressources du jeune, de sa famille et de l'environnement de vie au sens large. Pourtant il est difficile d'instaurer un processus thérapeutique à partir d'une consultation classique. L'adolescent n'a pour la plupart du temps pas envie d'arrêter et est réticent à une intervention psychologique. Les parents pensent souvent que lorsque leur enfant aura arrêté sa consommation, tous les problèmes seront résolus et sont donc réticents à l'idée d'entreprendre une thérapie familiale. De plus, il y a souvent des situations de crises : risque de rupture scolaire, crises familiales, problèmes avec la justice. Tout ceci fait que la plupart du temps, les consultations individuelles ou familiales classiques ont du mal à se mettre en place avec ce type de problématique. Cela peut entraîner des placements judiciaires ou des hospitalisations aux issues incertaines qui auraient parfois pu être évités si une aide adaptée avait pu se mettre en place. C'est pourquoi, il est intéressant de réfléchir et de mettre en pratique d'autres types de consultations avec un modèle de travail adapté à ces situations. C'est ce que nous avons commencé à développer depuis 2006 au sein de la « *cannabis clinic* » de l'Institut de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU Brugmann (Bruxelles), dans le cadre d'une étude européenne⁷ financée pour la Belgique par le Service Fédéral de la Santé belge, en parallèle avec d'autres centres de différents pays européens⁸. Nous avons été formés avec nos confrères européens à la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT)⁹. Les aspects théoriques et pratiques qui nous semblent les plus intéressants et utiles pour intervenir dans ce type de situations sont développés ci-après.

⁷ INCANT Study (*International Cannabis Need For Treatment*); H. Rigter-Erasmus Universiteit Rotterdam.

⁸ Allemagne : « Therapie Laden » – Berlin ;
France : « Centre Emergence » I. Montsouris – Paris ;
Pays-Bas : « Parnassia », « De Jutters », « Palmhuis » – La Haye ;
Suisse : « Centre Phénix » – Genève.

⁹ Multidimensional Family Therapy.

La thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT)

La MDFT est une approche thérapeutique intégrative qui s'adresse aux jeunes dépendant du cannabis et à leur famille. Elle a été développée depuis les années 1980 par le professeur Liddle et son équipe au centre CTRADA¹⁰ de l'Université de Miami. Plusieurs études (3-8) ont montré la supériorité de cette approche familiale par rapport à des thérapies de groupe, des thérapies cognitivo-comportementales individuelles ou des programmes résidentiels. La thérapie s'appuie sur les connaissances de base des facteurs de risque et de protection déterminants dans l'abus de substances chez les adolescent(e)s ainsi que les connaissances du développement de l'adolescent dans sa famille, pour évaluer et intervenir dans la vie des adolescents et de leur parents, tout en prenant en compte la spécificité de chaque adolescent, de chaque famille. Il s'agit d'une approche systémique dont les premières influences furent la thérapie structurale de Minuchin et la thérapie familiale stratégique de Haley. Par la suite la MDFT s'est enrichie d'autres influences provenant de la thérapie cognitivo-comportementale, du *drug counseling* et de la *problem solving therapy* (thérapie de résolution de problèmes).

Bases théoriques et vignettes cliniques

Toutes les études concordent pour considérer les problèmes d'assuétude chez les adolescents comme un phénomène multidimensionnel (10). Sur la base des données de la recherche, les problèmes d'assuétude et de comportement qui y sont souvent liés sont définis comme des problèmes de développement (1). La connaissance du développement de l'adolescent et de sa famille dans ses divers aspects, les facteurs de protection et de risque qui influent sur ce développement sont le socle sur lequel vont se déployer les stratégies thérapeutiques.

La connaissance des différents facteurs de risque et de protection et leurs interrelations dans la dynamique du développement de l'adolescent(e)

Une vignette clinique, représentative d'autres situations rencontrées, illustre les effets en cascade que peuvent entraîner des facteurs de risque, ainsi que les effets en cascade de l'activation de facteurs de protection.

Les parents consultent pour un problème de consommation de cannabis chez leur fils **Henry**, 15 ans. Celui-ci ne considère pas que sa consommation pose problème. Les relations qu'entretient Henry avec ses parents sont tendues, tant avec sa mère et son compagnon qu'avec son père, dont la mère est séparée depuis plus ou moins 10 ans. Les conflits sont principalement liés aux nombreux problèmes scolaires que rencontre Henry qui a déjà échoué à l'école, à son manque d'étude et à sa consommation journalière de joints accompagnée de quelques «bêtises» qui amèneront Henry à se retrouver en internat où les choses vont empirer, ce qui amènera son retour à la maison.

¹⁰ CTRADA : *Center for Treatment Research on Adolescents Drug Abuse*, University of Miami School of Medicine.

Par ailleurs, en dehors de ces difficultés, Henry est décrit par ses parents comme un garçon agréable à vivre, sociable, amusant et... terriblement distrait. Les difficultés scolaires ont débuté dès le début de la scolarité de niveau primaire; avec, notamment, de la dyscalculie pour laquelle toutes les rééducations sont restées apparemment sans effet. Henry se plaint de difficultés importantes de concentration et de mémorisation bien antérieures à l'utilisation de cannabis qui pour lui n'empire pas ses problèmes attentionnels.

A l'occasion de la prise en charge MDFT, ses troubles de concentration et d'attention ont été pris en considération. De la Ritaline a été prescrite. Une meilleure prise en compte des difficultés d'Henry par ses parents a changé la dynamique relationnelle, au sein de laquelle Henry se sent mieux soutenu et compris par ses parents qui échantent ensemble de manière plus constructive.

La réussite de son année scolaire aura pour effet d'améliorer son estime de soi et de renforcer l'évolution positive des relations avec ses parents. Dans ce même processus, Henry porte un regard plus critique sur sa consommation de cannabis et décide de ne plus consommer en semaine.

Cet exemple nous montre combien les facteurs de risques peuvent s'influencer réciproquement et risquer d'entraîner une souffrance et des effets délétères sur le développement. En effet, on peut observer ici comment des difficultés d'apprentissage peuvent avoir un impact sur les relations familiales, sur l'estime de soi du jeune, favoriser l'abus de substance qui lui-même majore les difficultés scolaires et les tensions familiales. Ceci peut entraîner parfois un effondrement dépressif ce qui n'a heureusement pas été le cas ici.

Par ailleurs, l'activation de facteurs de protection permet des effets positifs en cascade. Ces facteurs concernent le jeune lui-même, sa famille et l'environnement extra-familial, dans une approche systémique.

En ce qui concerne les aspects familiaux des facteurs de protection, favorisant un développement optimum de l'adolescent(e), nous nous référons principalement à un document publié par l'école de santé publique de Harvard (11) et qui fait une synthèse de plus de 360 revues de la littérature concernant les recherches de ces dernières années sur les adolescent(e)s. Ce rapport, s'il insiste sur le fait qu'évidemment, il n'y a pas une seule bonne manière d'élever ses enfants, dégage néanmoins cinq bases parentales communes à toutes les familles qui favorisent un développement optimum de l'adolescents. Ces cinq bases sont communes à toutes les différentes communautés vivant aux USA (Anglo-saxons, Hispaniques, Noirs américains, populations d'Asie, Indiens). Même si elles peuvent apparaître aux thérapeutes familiaux comme allant de soi, elles sont néanmoins un appui précieux qui guide et renforcent le travail thérapeutique au quotidien.

Ces cinq bases sont les suivantes :

1. « *Amour et lien* » : les adolescents ont besoin que leurs parents maintiennent (ou développent) une relation dans laquelle ils se sentent soutenus et acceptés, compte tenu de leur maturité croissante.
2. « *Supervision et observation* » : les adolescents ont besoin que leurs parents soient au courant de leurs activités – et le leur fasse savoir – dans un processus qui implique de moins en moins de contrôle direct et de plus en plus de communi-

cation, d'observation et d'échanges avec d'autres adultes impliqués (professeurs, moniteurs, famille élargie...).

3. « *Guidance et limites* » : les adolescents ont besoin que leurs parents assurent des frontières claires et évolutives, qui maintiennent des règles et des valeurs familiales, tout en encourageant le développement des compétences.
4. « *Offrir un modèle et des avis éclairés* » : les adolescents ont besoin que leurs parents leur fournissent de l'information et du soutien au sujet de prises de décisions, de questionnement des valeurs, de leurs compétences, de leurs projets et de toute question importante qui les concerne afin de leur permettre une meilleure compréhension de la vie extra-familiale et un positionnement adapté au sein de celle-ci. Cette information se transmet dans des dialogues, mais aussi par l'exemple donné par le(s) parent(s).
5. « *Créer un environnement extra-familial soutenant et stimulant* » : les adolescents ont besoin que leurs parents leur fournissent un environnement, en dehors de la maison, qui soit composé d'adultes concernés et soutenant qui les encouragent à développer leurs compétences.

Une théorie du changement

La recherche en psychologie du développement a montré que la famille est la matrice de la formation et du développement de l'identité et que les adolescents ont besoin de développer avec leurs parents une relation d'interdépendance au sein de laquelle ils restent émotionnellement liés à leurs parents (11). Par ailleurs les personnes les plus motivées et les plus préoccupées par les problèmes rencontrés par les adolescents sont bien sûr les parents, qui sont souvent exclus des aides mises en place par les professionnels de la santé mentale (11). La famille est donc le centre même de l'intervention, ce qui n'empêchera pas le thérapeute de travailler aussi avec les parents et l'adolescent séparément, ainsi qu'avec des personnes significatives de la sphère extra-familiale. Les schémas de pensée, les comportements et les émotions associés aux difficultés rencontrées vont être travaillés, les interventions comprenant à la fois des aspects intra- et interpersonnels, intra- et extra-familiaux. Bien que la MDFT ait une orientation pragmatique, orientée vers les résultats, le cheminement se fait pas à pas, les interventions de restructuration du/des systèmes ne peuvent donner leurs fruits que lorsqu'un niveau de reconnaissance mutuelle et de communication suffisant s'établit dans la famille et dans le système thérapeutique.

Spécificité du modèle

Ce modèle a pour objectif de permettre à l'adolescent(e) de se réinscrire le plus rapidement possible dans une trajectoire développementale normale en intervenant intensivement si nécessaire dans les différentes composantes de l'existence de l'adolescent(e).

La thérapie va concerner quatre domaines d'intervention qui sont l'adolescent lui-même, ses parents, sa famille et son environnement extra-familial (scolarité, loisirs, etc.). Au niveau du setting thérapeutique, cela signifie qu'il y aura des séances

individuelles avec le jeune, des séances avec le ou les parents, des séances familiales et des séances «extra-familiales» qui incluent d'autres personnes importantes, par exemple des pairs, le/la petit(e) ami(e), un éducateur, un directeur d'école, un délégué du tribunal de la jeunesse... Le premier entretien réunit la famille, c'est-à-dire si possible toutes les personnes de la famille qui se sentent impliquées dans la situation, au minimum un parent et le jeune, ainsi que l'envoyeur dans certaines situations. Le choix des settings thérapeutiques se fera ensuite au fur et à mesure de l'évolution de la thérapie en tenant compte aussi de l'urgence. En effet, beaucoup de jeunes sont au bord de la rupture scolaire, d'autres sous la menace d'un placement. Un manuel développé par CTRADA nous aide à organiser et développer le travail thérapeutique.

La durée de la thérapie est de 5 mois, pendant lesquels un travail intensif est réalisé qui peut aller jusqu'à trois entretiens par semaine si cela s'avère nécessaire. Le lieu des entretiens est variable; ce peut être le bureau du thérapeute, le domicile familial, l'école... Entre les sessions, des contacts téléphoniques ont pour finalité d'amplifier le résultat des entretiens, de soutenir le jeune et/ou ses parents, de maintenir et d'approfondir le lien, de calmer une situation de crise... Le nombre de situations prises en charge est donc plus limité que dans une pratique traditionnelle.

Chaque entretien est préparé, le résultat recherché et la manière d'y parvenir sont réfléchis à l'avance. Cette orientation en terme de résultat nous encourage à organiser le travail et à penser en fonction de buts à long terme, de buts intermédiaires et d'objectifs spécifiques à chaque séance, ainsi que les stratégies à développer pour atteindre ces buts. Ces éléments sont discutés durant les intervisions en équipe. Chaque séance est préparée et s'inscrit dans un plan thérapeutique élaboré chaque mois. Par exemple, un des objectifs de fin de thérapie pourrait être de (r)établir des relations familiales où le jeune peut se sentir accepté et compris par ses parents, un but intermédiaire serait d'organiser des séances où le jeune exprime à ses parents son vécu et où les parents peuvent réagir en écoutant et en manifestant leur intérêt et leur soutien, et le but d'une séance avec un adolescent pourrait être d'avoir son accord pour partager un peu plus de son monde avec ses parents.

La thérapie se déroule selon trois phases: une phase d'alliance, tant avec le jeune qu'avec ses parents, la famille et les autres intervenants concernés, une phase d'intervention pour des changements et une phase de clôture. Beaucoup de soin sera accordé à la création d'une alliance authentique, thérapeutique ce qui est un enjeu majeur dans ces situations. C'est l'étape cruciale à franchir pour obtenir un impact thérapeutique.

Le déroulement de la thérapie

Le déroulement de la thérapie est illustré au travers d'une présentation clinique pour tenter de rendre compte au plus près de notre travail. Bien sûr, nous sommes conscients que nous n'échappons pas totalement à un travail de reconstruction d'une réalité qui est toujours plus complexe.

Pour des raisons didactiques, les divers modules de travail sont présentés séparément. En pratique, ils se combinent et se complètent au fil du temps à la manière d'un puzzle qui se construit peu à peu.

L'alliance

Dans la plupart des situations rencontrées, il y a peu ou pas de motivation du jeune à arrêter sa consommation, les parents peuvent avoir baissé les bras et ne plus se sentir compétents avec leur enfant. Les tensions, critiques, sentiments d'incompétence et de découragement ne sont pas rares. L'alliance thérapeutique doit donc se gagner. Le fait de pouvoir travailler et avec l'adolescent et avec les parents dans des sessions distinctes va permettre de s'affilier plus facilement à l'un et aux autres. Nous allons nous intéresser à ce que chacun souhaite changer et travailler à partir de ces diverses demandes. A ce stade, nous sommes particulièrement attentifs à ne pas entrer dans une argumentation vis-à-vis d'un(e) adolescent(e) visant à lui faire réduire sa consommation de cannabis. En effet, la plupart des jeunes qui arrivent chez nous ont déjà reçu toutes les argumentations anti-cannabis qui ont eu comme effet, dans leur cas, d'affermir et de peaufiner leur argumentation pro-cannabis. Nous ne serions plus alors dans un processus d'affiliation. Parallèlement nous pouvons expliciter cette position aux parents tout en travaillant à partir de leurs demandes.

Voici une vignette clinique pour illustrer le travail de création de l'alliance thérapeutique.

Maxime est âgé de 18 ans lorsqu'il se présente avec ses parents à la consultation. Il est adressé par le directeur de son école car il a été surpris en possession de cannabis. Cette démarche est présentée par le directeur comme une alternative au renvoi. Maxime est en sixième, sa dernière année d'humanité, il a doublé sa cinquième année. C'est un adolescent à haut potentiel, aîné d'une sœur de 15 ans qui ne pose pas de problèmes. Il a une consommation journalière de plusieurs joints par jour depuis deux ans.

L'alliance avec l'adolescent

Lorsque le thérapeute le rencontre seul, il explique qu'il n'a pas envie d'arrêter de fumer, qu'il rêve de pouvoir plus tard cultiver son champ de cannabis au milieu d'une nature luxuriante, proche néanmoins d'un bar où il pourra fumer en bonne compagnie avec de la bonne musique. Les interventions à ce stade sont simplement de s'intéresser à son monde, de créer un climat où il pourra le plus librement possible s'exprimer sur tout ce qui l'intéresse, le passionne, l'inquiète et partager ce qu'il ressent.

Outre fumer, il aime la musique, les sorties avec les copains – tous gros fumeurs – et les jeux de rôle sur internet. Malheureusement pour lui, ses parents ne lui permettent que de rares sorties et découragent les jeux de rôle, l'accès au net étant limité. Il a le sentiment que ses parents ne pensent à lui qu'en terme d'avenir professionnel et ne s'intéressent pas réellement à sa personne, à ce qu'il est réellement; d'ailleurs, s'il n'était pas leur fils, ils détesteraient le genre de personne qu'il est devenu, pense-t-il. Il se sent un étranger dans sa famille. Depuis des années, il leur dit que cette école ne lui convient pas, mais ils le laissent là. A ce jour, il est en échec complet pour son deuxième trimestre, ses cours ne sont pas en ordre depuis des mois, il n'arrive plus à prendre des notes en classe, cela dans une école qui exige une remise manuscrite en ordre des cahiers. Pour lui, il ne peut que rater. Il se sent mal à l'école au point que

certaines jours il n'arrive plus à y aller. Il pense qu'il devrait aller vivre ailleurs sans ses parents, peut-être se prendrait-il en charge à ce moment. Finalement, il ressent sa vie actuelle comme ennuyeuse, il tourne en rond et ne développe pas d'activités dans les domaines qui l'intéressent et dont ses parents se soucient peu : la musique et les jeux de rôles.

A ce stade, il devient possible de proposer de l'aide : serait-il d'accord que je l'aide à avoir plus de liberté ? Serait-il d'accord que je l'aide à partager un peu plus de son monde avec ses parents afin qu'ils le comprennent mieux et l'acceptent mieux comme il est ? Serait-il d'accord que j'aide ses parents à mieux le comprendre ? Serait-il d'accord de parler plus ouvertement à ses parents de sa situation scolaire, de négocier avec l'école des aménagements afin de lui donner une chance de réussir ? Que pourrait-il se passer pour que sa vie soit plus intéressante ? En quoi le cannabis est-il un atout et/ou un frein ?

Ce dispositif crée peu à peu un climat de motivation et d'engagement : la définition des objectifs propres à l'adolescent, mais aussi la détermination affichée du thérapeute à œuvrer dans cette direction, l'intérêt et le respect porté à son monde, vont permettre peu à peu de créer une alliance thérapeutique, un processus de collaboration qui permettra à Maxime d'être partie prenante dans un processus de changement qui va impliquer toute la famille. Par ailleurs, l'idée est d'accroître sa motivation en insufflant l'idée que les choses peuvent changer et qu'il a une influence sur sa vie.

L'alliance avec les parents

Tant le père que la mère souhaitent que leur fils se prenne plus en charge. Ils sont inquiets et souhaitent que Maxime arrête le cannabis ou puisse mieux le gérer et qu'il se prenne en charge au niveau scolaire ; en effet grâce à ses compétences intellectuelles, il n'a jamais étudié, ce qui ne l'a pas empêché de réussir jusqu'à ce que la matière ne devienne trop importante

La mère vit difficilement une situation où sa confiance en Maxime a été ébranlée par des mensonges répétés, alors que précédemment la relation était très ouverte. Le père voit la situation comme un passage, qui pourrait permettre à Maxime d'évoluer, mais en même temps, il ne peut imaginer pour son fils qu'un destin grandiose dans une réussite exceptionnelle ou un ratage complet. La mère est toujours «derrière» son fils à lui rappeler jusqu'à ses horaires d'examens et est épuisée, d'autant qu'elle occupe une fonction à responsabilité qui lui demande de l'énergie et que son mari s'absente régulièrement pour raisons professionnelles. Le père a tenté de parler à son fils mais celui-ci l'a irrité, en envoyant promener ses conseils. Les deux parents n'ont pas eu l'expérience de vivre leur adolescence en lien avec leurs parents. La mère, pour faire les études de son choix, a dû quitter dès la fin du secondaire des parents très autoritaires qui lui ont refusé toute aide. Elle s'est assumée seule, en quittant son pays d'origine en Europe et a réussi brillamment ses études. Le père a réussi à obtenir une bourse et à convaincre sa famille africaine de le laisser partir étudier en Europe. Il a pu vivre à sa guise sa vie d'étudiant, tout en réussissant des études qu'il ne pouvait imaginer rater dans ce contexte. Ils se sentent démunis devant les difficultés de leur fils qu'ils comprennent mal. Ils n'ont pas de famille élargie en Belgique, mais des amis.

Le rôle du thérapeute dans cette phase d'alliance avec les parents est de leur permettre d'exprimer leurs difficultés, en manifestant empathie et soutien, en relevant leurs compétences en tant que parents, en les aidant à réfléchir sur le soutien qu'ils attendent l'un de l'autre et leur transmettant très clairement le message que se sont eux qui ont le plus d'influence sur leur fils. Pour cela, il est important qu'ils le comprennent bien comme il est aujourd'hui, ce qu'il aime, ce qu'il pense, ce qu'il ressent. Sont-ils d'accord que j'aide leur fils à partager cela avec eux? Sont-ils d'accord de m'y aider? Peuvent-ils réfléchir à ce qui favoriserait l'ouverture de Maxime ou au contraire son retrait?

L'alliance avec la famille

Les parents sont encouragés par le thérapeute à s'intéresser à Maxime, à lui poser les questions qu'ils se posent à son sujet, sans lui faire trop la morale ou le critiquer: par exemple, pourquoi fume-t-il, que ressent-il quand il fume et quand il ne fume pas? Comment se sent-il dans la vie en général, à la maison, à l'école, où en est sa scolarité? Comment chacun d'entre eux perçoit leurs relations réciproques? La sœur de Maxime participera à certains des entretiens.

Le rôle du thérapeute est de favoriser les conversations familiales sur des sujets importants en permettant à chacun d'exprimer ses opinions et ses sentiments en se sentant le plus possible respecté et écouté. Par ailleurs toute expression d'amour et d'engagement des parents vis-à-vis de leur fils sera encouragée. Le thérapeute favorisera les conversations constructives directement entre les membres de la famille, stratégie développée par Salvador Minuchin sous le terme « *enactment* », qui restructure les communications en « *live* » (9). Les buts sont de renforcer le lien et de développer les ressources familiales par une meilleure compréhension du vécu de chacun.

Très rapidement, Maxime va partager avec sa famille ses idées, son ressenti, parler de sa consommation mais aussi de sa situation scolaire et de sa décision d'arrêter l'école. Les parents découvrent avec inquiétude qu'il n'a quasiment plus suivi l'école depuis deux mois, que ses cahiers sont vides et qu'il n'a aucun espoir de réussir son année (nous sommes au mois d'avril). De plus il ne parvient plus à écrire car il doit d'abord se reformuler de manière plus adéquate les propos des professeurs avant de les retranscrire, ce qui l'empêche soit de bien suivre le déroulement de la leçon, soit l'empêche de prendre note. Le thérapeute propose un entretien avec le directeur pour évaluer les possibilités de réussite et encourager Maxime à négocier avec celui-ci des conditions qui lui permettraient de réussir, par exemple utiliser des livres et les notes d'autres élèves et ne pas devoir recopier deux mois de cours manquants, ni prendre systématiquement des notes au cours, ce qui semble une règle impérative dans cette école.

L'alliance et le travail extra-familial

Un entretien est organisé à l'école avec le directeur. Le thérapeute rencontre le directeur seul dans un premier temps, à sa demande et avec l'accord de Maxime et de ses parents. Le but est d'obtenir la collaboration du directeur et de l'école au projet thérapeutique. Ensuite, Maxime est encouragé par le thérapeute à parler franchement de ses difficultés avec le soutien de sa mère présente afin d'évaluer la possibilité

d'une réussite en fin d'année et dans un cas favorable de négocier fermement des aménagements, notamment pour la remise en ordre de ses cahiers. Le directeur n'était pas au courant de l'importance de la dégradation de la situation scolaire de Maxime mais il fut très encourageant quant aux possibilités de réussite de Maxime, les points des derniers bulletins ne comptant que très modérément dans le résultat final. Celui-ci est largement dépendant des examens de fin d'année. Par ailleurs, face à l'opiniâtreté de Maxime à expliquer son problème de prise de notes, le directeur s'engagea finalement, sous réserve d'accord de ses professeurs, à en tenir compte. Maxime s'engagea à continuer l'école et à faire les démarches pour se procurer les cahiers et livres nécessaires pour l'étude, sa mère apportant son support pour divers aspects.

L'objectif du thérapeute dans ces entretiens extra-familiaux est d'évaluer et de mobiliser les ressources extra-familiales et de créer avec la participation de l'adolescent un réseau d'adultes concernés qui se mobilisent et s'engagent à ses côtés

Le travail thérapeutique

Une série de thèmes sont travaillés. Ces thèmes dépendent bien sûr d'une situation à l'autre. Néanmoins certains sont relativement récurrents. Ils concernent la confiance qui n'est, la plupart du temps, plus présente entre le jeune et ses parents, les sentiments de désespoir et d'impuissance tant des parents que du jeune, la conquête de plus d'autonomie, la capacité de se prendre en charge, de mieux se connaître, l'instauration de meilleures relations...

Le travail avec l'adolescent

Il consiste dans un premier temps à faciliter la réflexion de Maxime sur comment il se percevait hier, comment il se perçoit aujourd'hui et quel adulte il aimerait devenir. Maxime plus jeune dessinait magnifiquement bien, imaginait des histoires et rêvait de découvrir un médicament qui soulagerait l'humanité. Aujourd'hui, il a un regard pessimiste sur le genre humain, constate que son pessimisme influence d'autres personnes et préfère donc côtoyer d'autres jeunes partageant une vision désenchantée des choses. Il réfléchit à comment ces idées se sont peu à peu installées en lui et comment elles influencent sa vie aujourd'hui. Il réfléchit également au destin grandiose prédit par son père et à la manière dont cela pourrait le piéger en l'empêchant de «réussir comme tout le monde». En se projetant dans le futur, il se voit au chômage, traînant chez lui tant que ses parents le supportent, faisant à l'occasion l'un ou l'autre petit boulot pour se payer ses joints.

Pour le moment il se traîne à l'école, s'ennuie à la maison et fume. Il réfléchit aux avantages et désavantages du cannabis, à ce qu'il aimerait faire ou devenir d'autre qui lui conviendrait bien aujourd'hui. Il aimerait être indépendant de ses parents, avoir son studio, être enfin sorti de son école et aller à l'université, jouer du saxo, écrire et jouer des scénarii de jeux de rôle. Mais en même temps il se perçoit et est perçu par ses parents comme celui qui ne va jamais au bout des choses. Maxime réfléchira à comment cette idée s'est construite et les effets qu'elle a pu entraîner sur sa vie. Ceci sera recadré avec Maxime et dans les entretiens familiaux comme une grande capacité à exercer sa curiosité dans différents domaines.

Maxime sera encouragé à partager ses réflexions, ses sentiments, au sein des entretiens familiaux pour aider ses parents à mieux le connaître et donc à mieux réagir.

Il sera encouragé à négocier plus ouvertement avec ses parents, sa stratégie précédente ayant plutôt été de dire « oui » à tout pour éviter les conflits et ne pas décevoir ses parents

Petit à petit l'idée est de montrer à Maxime qu'il peut obtenir ce qu'il veut jusqu'à un certain point. Par exemple, il a réussi à obtenir que son directeur lui accorde de ne pas avoir à recopier ses cours, une première dans son école ! Le thérapeute peut aider Maxime à obtenir plus de ses parents aussi, qu'ils le comprennent mieux, qu'ils l'aident à réaliser ses projets (jeu de rôles, saxophone, sorties, terminer l'école, studio...) mais Maxime doit aider le thérapeute. Que peut-il faire qui serait un premier pas vers la réalisation de ses projets ?

De plus en plus Maxime fait part de son souhait d'arrêter sa consommation de cannabis mais ne s'en sent pas capable. Après avoir arrêté 15 jours il rechute et déprime.

Ce premier arrêt est connoté positivement car il montre que Maxime a les ressources pour arrêter sa consommation. De plus, les rechutes font parties du processus. A ce moment le thérapeute propose une séance pour lui permettre d'approfondir sa réflexion et l'aider à choisir ce qui lui convient le mieux. Maxime est face à deux chaises où sont posés des objets métaphoriques représentant « le chemin du Cannabis » et tout ce qui lui est associé de positif et négatif, et « le chemin du changement » avec les associations négatives et positives.

Maxime dans un état proche de l'hypnose est invité à questionner les deux chemins et à exprimer à voix haute ce que ses chemins lui disent et à dialoguer avec eux. Ensuite le thérapeute lui proposera de faire un choix. Maxime choisira d'arrêter, les séances suivantes seront consacrées à l'aider à repérer concrètement et dans les détails tout ce qui l'aidera à rester sur « le chemin du changement ». Maxime préviendra ses amis de sa décision d'abandonner toute consommation de cannabis en tout cas pour le moment.

Pendant les deux premières semaines, le thérapeute gardera un contact téléphonique quotidien qui s'espacera au fur et à mesure que Maxime prendra de l'assurance. Parallèlement Maxime est invité à réfléchir aux avantages et aux inconvénients de sa stratégie favorite qui est de dire « oui » à ses parents même s'il sait qu'il ne fera pas ce qu'ils attendent. Peu à peu le thérapeute l'encourage à exprimer ses opinions et ses désaccords dans les entretiens familiaux.

Le travail avec les parents

Les entretiens ont lieu avec les deux parents quand le père était en Belgique, avec la mère seule le reste du temps. Leur objectif est que Maxime se prenne mieux en charge et gère sa consommation en la réduisant ou l'arrête.

L'alliance avec les parents est acquise après la séance à l'école lorsque Maxime décide de poursuivre sa scolarité et qu'il obtient une dérogation pour la prise de notes, ce que les parents n'avaient pas imaginé possible. Un temps est pris pour évaluer et s'intéresser au bien-être des parents. Cela semble positif pour le père qui a des activités professionnelles intéressantes et se sent plutôt bien après avoir surmonté, quelques

années auparavant, un épisode alcoolique très difficile à vivre pour la famille. Par contre, la mère est confrontée à une situation professionnelle difficile car la charge de travail est très lourde et l'ambiance stressante. De plus son mari étant souvent absent, les tâches familiales reposent principalement sur ses épaules et elle a du mal à rester calme par rapport à son fils «qui ne fait pas son travail, fume des joints et brosse les cours».

La première chose que la mère met en place est de s'inscrire au programme de groupe organisé par l'hôpital pour se libérer du tabac.

Une autre partie du travail est de les sensibiliser à l'importance de leur participation, la reconnaissance de leurs compétences en tant que parents et la nécessité d'aider Maxime à s'ouvrir et à mieux se reconnecter à sa famille, ce qui suppose aussi du travail de la part des parents.

Les parents préparent les entretiens familiaux en étant attentifs à permettre à Maxime d'exprimer plus ce qu'il pense et ressent sans le critiquer ou dénigrer ses raisonnements, mais en manifestant qu'ils peuvent entendre son point de vue tout en exprimant le leur.

Une troisième partie du travail consiste à réfléchir ensemble comment le père, tout en étant moins présent, peut soutenir sa femme et témoigner de son affection et intérêt pour ses enfants autrement qu'en parlant études. Comment manifesterait-il son soutien à Maxime à distance ? Le thérapeute encourage les parents à tenir bon, à ne pas baisser les bras, à croire en leur fils et à le lui faire savoir. Il les encourage à se questionner sur leurs pratiques, leurs interactions, ce qu'ils veulent changer et comment ils pourraient s'y prendre.

Le travail avec l'ensemble de la famille

Ce travail se déroule conjointement aux autres entretiens et permet de lier un certain nombre de questionnements et réflexions partagés dans les modules et de les renvoyer au sein de la famille. Maxime s'exprime beaucoup. Les parents expriment leur attachement à Maxime, ce qui aide à mieux le comprendre et à partager ses intérêts, ses difficultés. Par exemple, le fait qu'il n'arrive pas à prendre note car il doit reformuler les phrases de telle manière qu'elles soient réellement pertinentes, témoignent d'un perfectionnisme qui caractérise par ailleurs chaque membre de la famille. Les parents parlent également de leurs difficultés avec les substances : la mère avec la cigarette qu'elle vient d'arrêter non sans difficultés et le père avec l'alcool dont il est aujourd'hui abstinent. Des conversations à propos de l'histoire familiale, des valeurs, de la prise d'autonomie dans les familles d'origine sont favorisées.

Les parents comprennent mieux l'intérêt de leur fils pour les jeux de rôle et réalisent la situation de désespoir et d'ennui qui envahit leur fils qui tourne en rond dans sa maison en fumant des joints. En même temps, ils sont plus clairs avec le fait qu'ils souhaitent que Maxime arrête de fumer et qu'en tout cas il ne fume plus à la maison. Maxime fait remarquer que sa sœur a plus de sorties autorisées que lui ; ses parents lui répondent qu'elle ne fume pas et qu'elle étudie à l'école. Ils réfléchissent à leurs relations d'aujourd'hui qui restent des relations de parents avec un «petit» que le père conseille et dont la mère est la mémoire (il se montre très distrait). Ils s'interrogent sur comment chacun entretient ce schéma relationnel, quelles en sont les consé-

quences, quel autre type de relations ils souhaitent développer et que doit faire chacun pour que cette évolution se réalise.

La phase de clôture

Les dernières semaines sont consacrées à l'évaluation et la consolidation des progrès réalisés dans les différents domaines de telle manière que chacun puisse se l'approprier, et l'utiliser dans l'avenir.

Travail avec l'adolescent

Il se déroule principalement à domicile, car Maxime est en période d'examens. Pour la première fois de sa vie, il étudie réellement et il apprécie le fait de pouvoir se concentrer sur son travail avec finalement la grande satisfaction de réussir ses examens. Il a plusieurs idées sur ses études futures et des envies d'approfondir et de réaliser des scénarii de jeux de rôles ainsi que de jouer du saxo. Il a retrouvé une confiance en ses capacités et des rêves réalisables dans un avenir immédiat ou proche (études, saxo, jeux de rôles, studio...) Dans cette période, il se rapproche de copains non-fumeurs, avec qui il étudie à certains moments. Il réfléchit à ce qui l'a aidé à sortir de cette dépendance ainsi qu'à ce qu'il doit poursuivre pour rester sur cette voie. La perspective de deux mois de vacances (nous sommes fin juin à ce moment) avec comme seule perspective de plaisir et de détente de retrouver ses copains fumeurs est un challenge, car en même temps il ne veut pas retomber dans une dépendance au cannabis, même s'il n'exclut pas de tirer sur un joint de temps à autre. De plus, si ses relations avec ses parents se sont améliorées, après avoir été le « mouton noir », il ne faudrait pas que cela redevienne comme avant et qu'il soit le gentil « mouton blanc » de ses parents qui travaille bien à l'école. Il est plus conscient de la nécessité de pouvoir prendre des positions plus fermes pour mieux défendre ses points de vue que ce soit avec ses amis ou ses parents.

Le travail avec les parents

Les parents sont soulagés de voir leur fils travailler et réussir son année et avoir des projets. Ils réfléchissent à ce qui a permis cette évolution et à comment ils peuvent aider Maxime à rester dans ce processus. La mère a beaucoup réfléchi à l'intervention du thérapeute qui lui avait fait remarquer qu'elle avait le rôle de mémoire de son fils. Elle signale qu'elle a remarqué que pendant les examens, pour la première fois, Maxime a affiché ses horaires devant son bureau, ce qui lui a permis de ne pas devoir intervenir. Leur relation est meilleure et ils passent de bons moments ensemble. Ils sont prêts tous les deux à encourager Maxime dans ses projets scolaires. Le père comprend mieux les intérêts de son fils et accepte mieux l'idée que le protéger de la drogue n'est pas de l'enfermer à la maison en espérant qu'il étudie.

Le travail avec l'ensemble de la famille

Il consiste à favoriser les échanges entre Maxime, sa sœur et leurs parents sur comment la famille a évolué pour dépasser cette situation difficile, en relevant les ressources de la famille et en se projetant dans le futur. Les thèmes abordés dans le

travail individuel et les entretiens avec les parents seront discutés en famille. Leurs relations sont plus ouvertes, Maxime expose plus franchement ses opinions, ses parents y portent plus d'attention tout en maintenant certaines limites.

Le travail extra-familial

S'il n'y a plus eu de rendez-vous incluant une personne extérieure à la famille, cette dimension est restée très présente lors des diverses séances tant avec Maxime, qu'avec ses parents ou en famille. Les parents vont, avec la participation de Maxime, organiser les vacances de telle manière que ce dernier ne reste pas trop à traîner, sans activités.

Cela a permis que Maxime ait son saxo et un stage de musique, qu'il participe à un stage d'écriture, qu'il passe une partie de ses vacances chez sa tante avec ses cousins et qu'il travaille avec son père.

Conclusion

L'adolescence est une période développementale charnière au cours de laquelle certains jeunes rencontrent des difficultés relationnelles et de réalisation de soi parfois importantes qui risquent d'avoir un impact négatif sur leur vie future. Ces difficultés peuvent avoir des effets en cascade dans différents domaines de sa vie, entraînant des échecs scolaires, des réactions familiales freinant l'autonomisation, une désocialisation progressive accompagnant l'installation d'une dépendance à une substance. Le réseau des pairs est alors souvent constitué à ce moment d'autres jeunes dans la même situation. Plusieurs obstacles se dressent pour offrir une aide combien nécessaire.

Beaucoup de familles n'ont pas une culture psy et ne comprennent pas l'utilité pouvant résulter de cette démarche, particulièrement quand d'autres aides mises en place précédemment ont échoué. Ces adolescents ne sont pas pour la plupart demandeurs d'une aide psy et s'ils peuvent parfois consulter, ils auront du mal à s'inscrire dans un processus, à ne pas oublier un rendez-vous, à arriver à l'heure. Certains parents ont du mal à concilier des rendez-vous réguliers avec une vie parfois bien remplie (travail, enfants en bas âge, pas de moyen de locomotion).

Les événements du quotidien peuvent parfois se précipiter à un rythme soutenu (renvoi, arrestation, fugue, conflit violent), ce qui peut entraîner des conséquences qui vont aggraver les problèmes si on ne réagit pas rapidement.

C'est pourquoi il est important d'offrir un autre cadre de soin que la consultation familiale classique bimensuelle pour favoriser la création d'un réel lien thérapeutique avec chaque membre de la famille qui va permettre un travail thérapeutique. La possibilité de mener les entretiens à domicile, l'utilisation du téléphone et la fréquence rapprochée des interventions sont des éléments concrets qui témoignent de l'engagement du thérapeute à leurs côtés et permettent le plus souvent de mobiliser les énergies nécessaires pour influencer sur le cours de la situation.

Par ailleurs, la mise en place systématique d'un espace individuel pour l'adolescent, d'un espace pour les parents et d'un espace pour la famille, nous semble un réel atout dans le travail familial avec les adolescents. Il permet de nouer plus facilement

une alliance avec chacun et de faciliter un déroulement plus positif des séances familiales, surtout quand les conflits et les critiques réciproques sont importants. Il favorise un travail individuel tant pour l'adolescent que pour le parent qui peut enrichir le travail familial; en effet chacun prendra le temps de réfléchir à ce qui peut être partagé, les risques et les avantages. Cet espace sera investi différemment en fonction des situations, mais nous essayerons toujours de le préserver.

La limitation dans le temps de la thérapie est utilisée pour augmenter la motivation du jeune et de sa famille à réfléchir et à agir sans perdre de temps, ce qui est souvent essentiel dans cette période de la vie et pour ce genre de situation.

Les supervisions par téléphone avec C. Rowe et I. Reilly (CTRADA) et nos interventions régulières nous ont aidés à résister au découragement et à continuer à croire dans les capacités de nos patients. Les préparations écrites des séances en terme d'objectifs et de stratégies thérapeutiques s'inscrivant dans des plans thérapeutiques plus généraux nous ont aidés à mieux cibler nos interventions thérapeutiques et à continuer à penser en terme de processus.

Ce cadre de travail de consultation donne la possibilité d'agir rapidement et intensivement pour arrêter des effets négatifs en cascade, permettre à certains jeunes de se réinscrire dans une évolution plus positive et redonner de la compétence aux parents et aux familles.

Patrick Spapen

Laboratoire de Psychologie Médicale, Alcoologie et Addictologie de l'ULB
c/o Service de Psychiatrie, CHU Brugmann
4, Place Van Gehuchten
1020 Bruxelles, Belgique
Patrick.SPAPEN@chu-brugmann.be

BIBLIOGRAPHIE

1. Brook J.S., Brook D.W., Gordon A.S., Cohen P. (1988): Personality, family and ecological influences on drug adolescents use: a developmental analysis. In Coombs R.H. (Ed.): *The family context of adolescents drug use* (pp.123-162), New York: Haworth Press.
2. *Cannabis Report* (2002): Ministry of Public Health of Belgium.
3. Dennis M., Godley S.H., Diamond G, et al. (2004): Main findings of the Cannabis Youth Treatment (CYT) randomized field experiment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197-213.
4. Elkaïm M. (2007) : *Comprendre et traiter la souffrance psychique, quel traitement?* Seuil, Paris.
5. Hogue A., Liddle H.A., Becker D., Johnson-Leckrone J. (2002): Family-based prevention counseling for high-risk young adolescents: immediate outcomes, *Journal of Community Psychology*, 30, 1-22.
6. Liddle H.A., Dakof G.A., Parker K., Diamond G.S., Barrett K., Tejada M. (2001): Multidimensional family therapy for adolescents drug abuse: results of a randomized clinical trial, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688.
7. Liddle H.A. (2002): Advances in family-based therapy for adolescent substance abuse. In Harris L.S. (ed.): *Problems of drug dependence. Proceedings of the 63rd annual scientific meeting: the College on Problems of Drug Dependence*. Bethesda: National Institute on Drug Abuse, pp. 113-115.

8. Liddle H.A., Rowe C.L., Dakof G.A., Ungaro R., Henderson C.E.(2004): Early intervention for adolescent substance abuse : Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing Multidimensional Family Therapy and peer group treatment, *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 49-63.
9. Minuchin S., Fishman H.C. (1981): *Family Therapy Techniques*. Harvard University Press.
10. Newcomb M.D. (1992): Understanding the multidimensional nature of drug use and abuse: the role of consumption, risk factors, and protective factors. In Glantz M., Pikkens R. : *Vulnerability to drug abuse*. APA, Washington, DC.
11. Rae Simpson A. (2001): *Raising Teens. A Synthesis of Research and a Foundation for Action*. Harvard School of Public Health.
12. Von Sydow K, Lieb R., Pfister H., Hoffler M., Wittchen H.-U. (2002): Use, abuse and dependence of extasy and related drugs in adolescents and young adults – a transient phenomena? Results from a longitudinal community study, *Drugs and Alcohol Dependence*, 66, 147-159.