



# **ADOLESCENCE ET ADDICTION**

## **Le cannabis en questions**

Diaporama réalisé par  
**Yves GERVAIS**

Psychosociologue, psychothérapeute pour adolescents  
Chargé de Mission Sécurité Routière  
Chargé d'Enseignement Universitaire

**Validé par le Pr. Daniel MARCELLI, Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent**

**Institut Spécialisé Adolescence Toxicomanie Information Santé**  
**Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent**  
**Centre Hospitalier Henri Laborit – POITIERS**



# Éléments de bibliographie :

- Yves GERVAIS « La prévention des toxicomanies chez les adolescents » Editions l'Harmattan – Paris, décembre 1994.

- Yves GERVAIS, Daniel MARCELLI « Les conduites autothérapeutiques cannabiques ». In : « Cannabis et adolescence – Les liaisons dangereuses ». Sous la direction de Patrice Huerre et François Marty – Editions Albin Michel – Paris, novembre 2004.

- Carole CATRY, Daniel MARCELLI, Yves GERVAIS – « Adolescence et addiction » - In « Traité d'addictologie ». Sous la direction du Professeur Michel REYNAUD – Editions Flammarion – Paris, octobre 2006.



# **ADOLESCENCE ET ADDICTION**

## **Le cannabis en questions**

### **PLAN**

- 1. Adolescence et addiction : mises en garde.**
- 2. Epidémiologie des addictions à l'adolescence.**
- 3. La consommation de Cannabis.**
- 4. Prévenir, soigner et guérir.**



# 1. Adolescence et addiction : mises en garde

**Adolescence** : période de la vie qui débute à la puberté et se termine à l'âge adulte.

Dans les années 1960 : de 14/15 ans à 18/21 ans.

Dans les années 2000 : de 11/12 ans à 24/25ans.

**Addiction** : comportement répétitif, souvent incoercible et nuisible à terme à la santé. Consommation de produits, conduites alimentaires déviantes (anorexie, boulimie), conduites addictives à l'informatique...

# Adolescence et recherche de sensations

**Faire des expériences, chercher à comprendre, rechercher des sensations : comportement normal et nécessaire à l'adolescence.**

(La recherche de sensations est limitée et sécurisée chez les adolescents qui vont bien...).

La première consommation d'un produit provoque souvent des « sensations agréables » :

- \* Effet euphorisant (alcool)
- \* Effet stimulant ( tabac)
- \* Effet planant (haschich)...

Les effets négatifs n'apparaissent que beaucoup plus tard.





# Classer les produits : une illusion thérapeutique

Distinguer les produits licites (tabac, alcool) des produits illicites (les stupéfiants : haschich, ecstasy...) ou détournés de leur usage (médicaments psychotropes)

**est ARTIFICIEL**

et ne correspond pas à la réalité clinique.

**Les produits qui induisent la plus forte dépendance ne sont pas nécessairement illicites.**



# Addiction et danger de stigmatisation

La consommation d'un produit n'est pas un chemin rectiligne qui mène à la toxicomanie :

-Parler de « toxicomanie » est abusif et dangereux (sauf en de très rares exceptions).

-Désigner dès l'adolescence un jeune comme « toxicomane » est encore plus grave...

C'est parfois proposer une « identité négative » à certains jeunes en grande difficulté identitaire qui vont alors « s'en saisir » de peur de ne pas être, de n'être rien...



# Adolescence et dépendance

Avec beaucoup de prudence, on peut affirmer que la dépendance habituelle à un produit est la résultante d'une difficulté à se détacher des modèles parentaux.

Deux cas de figure doivent être envisagés :

- **L'indifférence éducative** : l'absence de liens dans la relation parents-adolescent peut être compensée par la dépendance à un produit... (Conduite d'interpellation face à un manque).
- **L'emprise éducative** : l'excès de liens peut également entraîner ce type de dépendance. L'adolescent tente désespérément de se « détacher » de ses parents en « s'attachant » à un produit...



## 2. Epidémiologie des addictions à l'adolescence

Les jeunes de 12 à 20 ans consomment essentiellement 4 variétés de produits :

### 2.1 Le TABAC

- \* Plus de 30 % des adolescents fument de manière habituelle.
- \* La rencontre avec les pairs est un moment propice pour fumer.
- \* La composante dépressive ne doit être sous estimée :
  - 53 % disent fumer lors des moments de solitude.
  - 60 % fument lorsqu'ils ont le cafard.
- \* Le tabagisme concerne autant les filles que les garçons.



## 2.2 L'alcool

- \* C'est le premier produit consommé : 6 % des garçons et 5 % des filles de 12 à 14 ans déclarent consommer de l'alcool une ou plusieurs fois par semaine.
- \* Avec l'âge, l'écart s'accroît entre les deux sexes : 35 % des garçons et 15 % des filles sont dans ce comportement entre 15 et 17 ans.
- \* A cet âge, 25 % des adolescents ont eu une expérience d'ivresse et 8 % ont connu au moins 10 ivresses.

### **A noter :**

- La situation dépressive influe peu sur cette consommation.
- L'association entre boisson et gestes suicidaires semble être plus fréquente.

La majorité des accidents de la circulation chez les jeunes de 15 à 24 ans est associée à un excès d'alcool (OMS et ONISR).



## 2.3 Les médicaments psychotropes

- \* Usage de tranquillisants et de somnifères avec ou sans prescription médicale. La première « prescription » de médicaments est souvent « maternelle ».
- \* La consommation excessive de médicaments psychotropes concerne plus de 8 filles pour moins de 2 garçons.
- \* Plus de 17 % des adolescents ont pris des médicaments contre la nervosité, l'anxiété ou pour mieux dormir (enquête de Marie Choquet et Sylvie Ledoux).
- \* Plus l'âge augmente, plus la consommation devient de plus en plus importante et féminine.

## 2.4 Le Cannabis

- ✱ C'est le produit illicite principalement consommé. Les autres produits (ecstasy, hallucinogènes, substance à inhaler, opiacés) sont très peu expérimentés à l'adolescence.
- ✱ A 18 ans, 66 % des garçons et 55 % des filles déclarent avoir consommé au moins une fois du cannabis (chiffres OFDT-2004).
- ✱ 9 % des jeunes déclarent utiliser du cannabis une fois par semaine.
- ✱ Les consommateurs réguliers (usage quasi-quotidien) sont également de plus en plus nombreux.





# Synthèse des données épidémiologiques

- \* L'usage régulier d'un produit est rare avant 15 ans mais se banalise dans la tranche d'âge 15-17 ans.
- \* L'âge moyen de la première consommation varie selon le produit : 13 ans pour l'alcool, 14 ans pour le tabac, 15 ans pour la cannabis.
- \* La précocité de la consommation représente le facteur de risque le plus significatif en terme de prédiction d'une consommation abusive. Elle peut débuter vers 11/12 ans.
- \* Une consommation régulière à l'adolescence est une consommation à risque inquiétante qui va de pair avec d'autres troubles (conduites à risques, plaintes somatiques, troubles de l'humeur...).
- \* Il convient de ne pas confondre tous les niveaux de consommation, mais plutôt de porter notre attention sur les consommations habituelles au long cours.





### 3. La consommation de cannabis

- \* Pour bien évaluer le degré de difficulté d'un adolescent fumeur habituel de cannabis, il est indispensable d'évaluer précisément sa consommation dans les trois derniers mois qui précèdent la consultation.
- \* Sur un plan thérapeutique, l'adage suivant « fonctionne » toujours : « Dis moi ce que tu consommes et je saurai précisément ton degré de difficulté... ».
- \* Ne jamais se satisfaire de la réponse habituelle « ça dépend ! » qui signifie le plus souvent « je dépends de ça » et traduit l'entrée dans une dépendance...
- \* Chercher plutôt à clarifier la consommation, à tenter de poser des pensées, puis des représentations sur des comportements qui masquent une réelle souffrance psychique.

# Evaluation de la consommation de cannabis à l'adolescence

- \* Il faut en moyenne un quart de gramme pour confectionner un « pétard » (ou « joint » ou « bedau »).
- \* Un huitième de gramme pour réaliser une douille (utilisation d'un « narguilé », d'une « pipe à eau » ou encore d'un « brad » ou d'un « bang »).
- \* Un gramme de cannabis coûte entre 3 et 5 Euros.

Pour évaluer la consommation, le consultant averti doit se livrer à de savants calculs :

- 4 pétards par jour : 30 grammes par mois.
- 2 pétards et 8 douilles par jour : 45 grammes par mois.

On peut ainsi classer les consommateurs de cannabis en cinq grandes catégories (les 5 diapositives suivantes).



# 3.1 l'abstinence

Quantité consommée (fréquence)	0 gramme
Effet recherché	Sans objet
Objectifs recherchés (conscients ou inconscients)	Position éthique ou idéologique. Inappétence ou allergie au produit
Incidences scolaires	Aucune
Incidences sociales	Attitude positivée par les parents et les éducateurs Parfois rejet des pairs
Mode social de consommation	Sans objet
Fragilité individuelle	Sans objet (?)
Fragilité familiale	Sans objet (?)

## 3.2 Consommation occasionnelle

Quantité consommée (fréquence)	Quelques grammes (de temps en temps)
Effet recherché	Euphorisant
Objectifs recherchés (conscients ou inconscients)	Faire la fête avec les autres (usage récréatif)
Incidences scolaires	Aucune
Incidences sociales	Aucune sauf si ébriété et conduite d'un véhicule
Mode social de consommation	Consommation uniquement collective
Fragilité individuelle	Absente
Fragilité familiale	Absente

## 3.3 Petite consommation régulière

Quantité consommée (fréquence)	5 à 10 g parfois 15 g/mois en moyenne. (consommation quotidienne parfois)
Effet recherché	Destressant. Apaisant. «Être cool »
Objectifs recherchés (conscients ou inconscients)	Faire face au stress quotidien avec refus de l'ébriété
Incidences scolaires	Dépend de la capacité de l'utilisateur à contrôler sa consommation
Incidences sociales	Dépend de la capacité de l'utilisateur à contrôler sa consommation
Mode social de consommation	Consommation assez souvent solitaire
Fragilité individuelle	Absente
Fragilité familiale	Absente

## 3.4 Consommation autothérapeutique

Quantité consommée (fréquence)	20 à 60 g/mois en moyenne (consommation quotidienne)
Effet recherché	Anxiolytique. Hypnotique. Antidépresseur
Objectifs recherchés (conscients ou inconscients)	Tenter à tout prix de maintenir l'insertion et de supporter le quotidien
Incidences scolaires	Difficultés scolaires. Troubles de la concentration. Au bord de la rupture
Incidences sociales	Isolement. Perte des repères. Peur de lâcher prise
Mode social de consommation	Consommation solitaire et collective
Fragilité individuelle	Présente
Fragilité familiale	Pas nécessairement présente



## 3.5 Pharmaco-dépendance (toxicomanie)

Quantité consommée (fréquence)	Plus de 60 g/mois (jusqu'à 150 ou 200 g/mois parfois)
Effet recherché	Anesthésiant (la défonce)
Objectifs recherchés (conscients ou inconscients)	Usage qui masque des troubles graves de la personnalité ou parfois une pathologie psychiatrique
Incidences scolaires	Exclusion du système scolaire
Incidences sociales	Marginalisation. Refus de la société. Rejet de la société
Mode social de consommation	Consommation solitaire et collective
Fragilité individuelle	Très présente
Fragilité familiale	Très présente

# Facteurs familiaux et environnementaux

Avec beaucoup de prudence, on peut affirmer que les consommateurs habituels de cannabis ont souvent vécu, dans leur petite enfance, enfance ou prime adolescence, des épisodes traumatiques plus ou moins aigus :

- Décès d'un proche, maladie grave ou accident grave d'un proche, dysfonctionnement grave du couple parental, maltraitances physiques ou morales, secret de famille, difficultés socio-économiques de la famille, transplantations culturelles...



# Repérage précoce du consommateur habituel de cannabis (comorbidité)

A l'adolescence, la consommation de produits d'allure addictive n'est jamais isolée.

On observe souvent de nombreux symptômes associés :

- Dépressivité ou dépression
- Discours suicidaires ou tentatives de suicide
- Troubles anxieux, troubles du sommeil
- Troubles du comportement alimentaire
- Troubles impulsifs et antisociaux
- Difficultés scolaires
- Prises de risque et accidents à répétition.
- Sexualité à risque, difficultés relationnelles.



# La problématique de la dépendance à l'adolescence

L'enfance, et plus encore la petite enfance, colorent de façon importante l'adolescence.

- \* Quand les identifications primaires issues de la petite enfance ont fourni un socle solide à la personnalité (narcissisme), la sécurité primaire ainsi acquise permet à l'adolescent de s'éloigner de ses parents sans se sentir ni menacé, ni appauvri...
- \* En revanche, quand ce socle a été fragilisé, l'adolescent éprouve des difficultés à se détacher et à s'autonomiser.
- \* Cette fragilité narcissique peut provenir des défaillances précoces dans les premières relations :
  - Soit des manques, des absences, des discontinuités...
  - Soit des liens fusionnels marqués par le sceau de l'exclusivité...



# 4. Prévenir, soigner et guérir...

## 4.1 Consommation festive

Nous sommes ici dans le champ de la Prévention (information et formation) :

- \* Informer les jeunes sur les dangers réels des produits (dangers qu'ils ignorent le plus souvent). En particulier, fumer ou conduire, il faut choisir.
- \* Informer surtout les parents afin de les rassurer et éviter ainsi les réactions disproportionnées. Les parents sont souvent paniqués et angoissés. Il n'est pas normal non plus que les parents soient totalement indifférents, voire qu'ils cautionnent ou justifient cette consommation.
- \* Former les membres des communautés éducatives des lycées et des collèges, ainsi que les médecins généralistes.





## 4.2 Consommation addictive débutante (petite consommation régulière).

Deux situations sont généralement observées :

- ★ Il s'agit d'un moment de vie difficile pour l'adolescent : la conduite addictive ne dure alors que quelques mois. De lui-même, l'adolescent va mettre un terme à cette consommation.
- ★ A l'inverse, elle peut conduire à une entrée progressive dans la catégorie suivante, avec une augmentation régulière des doses et un retentissement social et surtout scolaire rapidement inéluctable.





## 4.3 La consommation autothérapeutique

### **Elle est du ressort d'un thérapeute spécialisé :**

- ★ Lors des premiers entretiens, l'adolescent parle peu, ce qui révèle une douleur à penser (un interdit de penser).
- ★ Le thérapeute devra gagner la confiance du patient en l'interpellant et en évitant de trop longs silences.
- ★ L'objectif essentiel de ces entretiens est de mettre en place une alliance thérapeutique sérieuse.
- ★ L'investissement dans le soin se traduit par la capacité de l'adolescent à venir seul aux entretiens...



## 4.3 La consommation autothérapeutique ( suite)

### **A terme un enjeu : la psychothérapie**

- \* Le travail thérapeutique s'articule autour de la narration : l'adolescent raconte tout ce qu'il a vécu depuis le dernier rendez-vous.
- \* Petit à petit, l'adolescent réfléchit et élabore un esprit critique, ce qui lui permet de mettre en place progressivement une pensée autonome.
- \* Dans certains cas, un traitement antidépresseur peut être associé à la psychothérapie.

Pour un adolescent inscrit dans une conduite autothérapeutique cannabique, la psychothérapie dure en moyenne deux ans.



## 4.4 La pharmaco-dépendance ou toxicomanie

- ★ Ce type de consommation ne concerne qu'un nombre très réduit d'adolescents.
- ★ La consommation excessive (100 à 200 grammes par mois) masque des troubles graves de la personnalité ou parfois une pathologie psychiatrique (schizophrénie, troubles bi-polaires graves).
- ★ Ces jeunes gens sont du ressort des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST) ou d'une hospitalisation en milieu spécialisé.



# Conclusion

- ★ A l'adolescence, les conduites autothérapeutiques cannabiques, ainsi que la consommation habituelle d'un autre produit, constituent le plus souvent un mécanisme de défense face à la dépression.
- ★ Le repérage précoce constitue la seule stratégie de prévention réellement efficace. Cela suppose des actions de formation en direction des médecins généralistes et des membres des communautés éducatives des lycées et des collèges, ainsi que des actions d'information à l'attention des parents.

