

Dr Jean-Michel Delile*

* Psychiatre, directeur du CEID, 24, rue du Parlement Saint-Pierre,
F-33000 Bordeaux. Courriel : jmdelile@aol.com

*Abus, dépendances et polyconsommations :
stratégies de soins*

Spécificités de prise en charge de certaines populations

Les polyconsommations chez les adolescents

Résumé

Les polyconsommations de substances psychoactives chez les adolescents sont un enjeu majeur de santé publique qui concerne environ 15 % des 17-18 ans. En s'appuyant sur une revue de la littérature et sur différents travaux en cours de réalisation, l'auteur présente une synthèse des spécificités de prise en charge de ces problématiques chez ces adolescents. Le repérage précoce de ces polyconsommations, le plus souvent du registre de l'usage nocif sans dépendance (abus), et l'évaluation des facteurs de gravité, en s'appuyant le cas échéant sur des questionnaires d'autoévaluation, permettent d'aider l'adolescent à identifier plus tôt le problème et à y faire face, en déterminant avec le praticien des objectifs de soins et en co-élaborant avec lui des stratégies adaptées qui peuvent être remarquablement efficaces pour peu qu'elles soient entreprises à ce stade. Dans cette perspective, les techniques d'entretien motivationnel, complétées si nécessaire de thérapies brèves et d'un soutien psychosocial adaptés peuvent être particulièrement utiles. La prise en compte d'un trouble lié aux substances et celui d'éventuelles comorbidités psychiatriques peuvent conduire à des prescriptions médicamenteuses qui devront être faites avec une grande prudence chez l'adolescent, tout particulièrement en ce qui concerne les médicaments pouvant donner lieu à un abus.

Mots-clés

Polyconsommation – Adolescence – Repérage précoce – Autoévaluation – Entretien motivationnel – Comorbidité – Substitution.

Au-delà des questions générales posées par les polyconsommations (1, 2), quelles en sont les éventuelles spécificités chez les adolescents qui pourraient amener à développer des formes particulières de prise en charge? La question est d'une particulière importance chez les adolescents puisque les usages de substances psychoactives sont parmi les principaux facteurs de morbidité et de mortalité dans cette population du fait de leur association fréquente aux accidents de la circulation, aux tentatives de suicide, aux violences... Il s'agit donc d'un réel problème

Summary

Specific management in special populations. Multiple substance abuse in adolescents

Multiple psychoactive substance use among adolescents is a major public health problem that concerns about 15 % of 17- to 18-year-olds. Based on a review of the literature and various ongoing studies, the author presents a summary of the specific management of these problems in adolescents. Early detection of multiple psychoactive substance use, usually corresponding to harmful use without dependence (abuse), and evaluation of the factors of severity based, when necessary, on self-assessment questionnaires, can help adolescents to identify and deal with the problem earlier, by determining treatment objectives with the practitioner and by co-elaborating adapted strategies that can be remarkably effective when they are implemented at this stage. In this context, motivational interview techniques, completed if necessary by brief therapy and adapted psychosocial support can be particularly useful. The presence of a substance-related disorder and possible psychiatric comorbidities may justify drug prescriptions, which must be decided very cautiously in adolescents, especially in the case of drugs that can give rise to abuse.

Key words

Multiple substance abuse – Adolescence – Early detection – Self-assessment – Motivational interview – Comorbidity – Substitution.

de santé publique d'autant plus que de nombreuses études conduisent à penser que 7 à 10 % des adolescents auraient besoin d'être traités pour des problèmes liés à des usages de substances (3). Pris globalement, les usages chez les adolescents présentent quelques particularités générales : les usages problématiques sont le plus souvent du registre de l'usage nocif sans dépendance (abus au sens du DSM-IV) que de la dépendance elle-même ; les adolescents sont peu demandeurs de soins, il est donc difficile d'arriver à les recevoir et les garder en traitement. Ces particula-

rités amènent à élaborer des stratégies spécifiques de prise en charge (3-5) particulièrement utiles face aux polyconsommations dont le pronostic est péjoratif.

Les polyconsommations chez les adolescents

L'adolescence est de toute évidence l'âge des polyexpérimentations et des polyconsommations dans tous les domaines (i.e. pas exclusivement celui des substances psychoactives). Pour devenir "grand", il devient nécessaire de s'autoriser à faire ce qui est le propre des adultes, ce qui jusqu'alors était réprouvé ou interdit. On va changer de *look*, on va sortir de chez soi, la nuit, aller vers l'autre, tenter l'aventure, s'éprouver, prendre des risques,... prendre des produits avec les copains. En un temps où les rites de passage et les initiations ne sont plus guère codifiés par la société, les conduites à risque ont tendance à se multiplier au sein des groupes de pairs (6). C'est ainsi notamment que les usages de substance vont se développer au fil du temps chez les *teenagers* : à l'âge de 18 ans, l'abstinence totale de toute consommation de produit psychotrope (au cours de la vie) est rarissime (7).

Selon le modèle classique de Kandel *et al.* (8-10), les usages de substances psychoactives seraient un processus à étapes commençant lors de l'adolescence. La première phase serait celle des usages de drogues légales – alcool, tabac – et serait essentiellement un phénomène social, quasi-généralisé. La deuxième étape, celle du cannabis, assez courante également, serait essentiellement déterminée par l'influence des pairs. La troisième étape, nettement plus rare, celle des autres drogues illégales – amphétamines, cocaïne, héroïne,... – serait de façon prédominante, chez l'adolescent, un phénomène familial, déterminé plus particulièrement par la qualité et les modalités particulières des relations

entre parents et adolescents plutôt que par tout autre facteur, abstraction faite des questions de comorbidités psychiatriques abordées par ailleurs. Les données actuelles fournies notamment par les enquêtes ESCAPAD, ESPAD et TREND (7, 11-14) vont dans le même sens en ce qui concerne les polyconsommations chez les jeunes en France.

Si presque tous les adolescents finissent en effet par essayer au moins une substance, et si beaucoup en ont essayé plusieurs (75 % tabac et alcool, 50 % idem + le cannabis), il s'avère qu'environ deux garçons sur 10 (22 %) et une fille sur 10 (9,9 %) sont polyconsommateurs réguliers. L'association typique chez les filles est tabac + cannabis (un cas sur deux) alors que chez les garçons le triplet tabac + alcool + cannabis est particulièrement fréquent : 7,7 % des garçons contre 3 % "seulement" des filles (figure 1).

En termes d'âge de début, l'usage de tabac survient à 13,5 ans en moyenne alors qu'il se situe aux environs de 15 ans pour les autres substances et pour les ivresses alcooliques. On observe que l'adolescence est bien l'âge des expérimentations, des polyconsommations, ainsi, à 18 ans, 28 % des garçons utilisent de façon répétée au moins deux substances contre 2 % à 14 ans ; pour les filles, ces pourcentages passent de 2 à 15 % dans la même période. La combinaison tabac-cannabis qui devient avec l'âge la plus courante (15 % des garçons) augmente très rapidement entre 14 et 17 ans pour se stabiliser ensuite.

Si l'on ne retient que les substances illicites (et après les usages détournés de médicaments psychotropes chez les filles), il apparaît, qu'outre le cannabis, ce sont par ordre décroissant de fréquence, l'ecstasy, les champignons hallucinogènes, les produits inhalés et les amphétamines qui peuvent être également présents dans les polyexpérimentations. Ces produits sont généralement associés à des usages répétés de cannabis et se développent chez

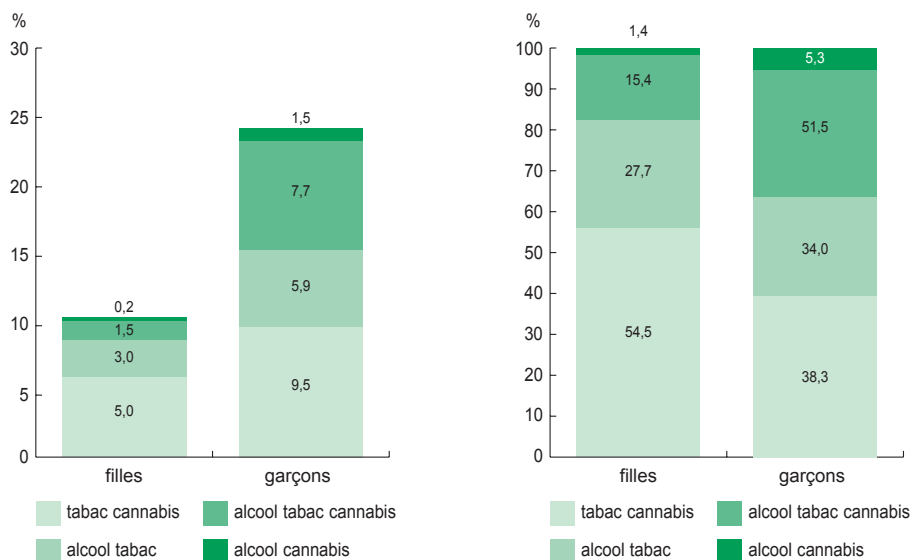


Figure 1. – Structure de la polyconsommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis (sur l'ensemble des adolescents de 18 ans et parmi les polyconsommateurs réguliers de 18 ans).

Source : ESCAPAD 2000, OFDT

environ un quart des polyconsommateurs réguliers de tabac + alcool + cannabis (13).

Dans les usages concomitants, c'est sans surprise l'association cannabis + alcool (plutôt rare dans les polyconsommations régulières) qui l'emporte : quatre jeunes sur dix (35 % des filles et 45 % des garçons) ont expérimenté cette association simultanément, généralement dans des circonstances festives et à des fins manifestes de potentialisation, outre les habituels éléments de convivialité, de conformisme de groupe, de désinhibition...

Le lien entre polyusages et ivresses est très fort. L'expérimentation de cannabis, plus que celle du tabac, est liée à celle de l'ivresse et des substances psychoactives autres que les médicaments ; les plus fortes prévalences des ivresses se retrouvent chez les expérimentateurs des trois produits (tabac, alcool, cannabis). Autant dire que le rôle d'alerte du cannabis en tant que "porte d'entrée" reste réel (10) et, a fortiori, celui des autres substances illicites dont l'usage, même expérimental, signe habituellement la polyconsommation aggravée (outre les "habituels" tabac et alcool).

Il importe à ce sujet de rappeler avec Reynaud (15) que ces polyconsommations, ces conduites d'excès à la recherche d'ivresse, condensent la vulnérabilité génétique, les troubles de la personnalité (limite, anti-sociale, abandonnique, "sociopathique") et la recherche de sensations. La consommation fréquente de produits par des jeunes, en quantités importantes au-delà des "normes" sociales, doivent attirer l'attention. L'effet recherché, bien souvent, n'est plus d'accroître une euphorie collective mais bien de se défoncer, d'être "cassé", abruti, anéanti.

C'est ainsi qu'il convient de souligner qu'à l'augmentation de la fréquence des polyconsommations entre 2000 et 2003 (7) (figure 2) s'ajoute, sur un plan plus qualitatif, la diversification croissante des polyconsommations chez les jeunes (16, 17) : à la traditionnelle association alcool-tabac, souvent complétée aujourd'hui par le cannabis, il convient en effet d'ajouter les cocktails festifs des *Dionysos du week end* chers à Giulia Sissa (*ecsta, coke, speed...*) et, de façon plus marginale, les associations détonantes prisées de *teufeurs* adeptes de stimulants, de drogues dissociatives, d'hallucinogènes plus ou moins naturels, de *rachacha* ou de *rabla*, ou celles des polytoxicomanes de rue, amateurs de bières et de *médocs* qui "cachetonnent" le *subu*, le *sken* et les *benzos*...

Ces dernières formes d'usage, bien qu'en augmentation, restent très minoritaires en effectifs, mais elles ont une forte résonance sociale car elles sont, en revanche, particulièrement visibles et "bruyantes" dans les villes festivières et les centres des grandes agglomérations. Jeunes marginaux plus ou moins rebelles, "punks à chiens" et jeunes en errance inquiètent par leur allure et leurs comportements. Leur présence de plus en plus importante est sans doute à mettre en relation avec la précarité croissante des conditions de vie de beaucoup de jeunes, l'éclatement de familles en difficultés et les troubles du développement psychique et relationnel associés.

On pourrait donc dire que les polyconsommations deviennent un modèle dominant d'usages mais qui s'est diversifié en différents sous-groupes correspondant pour certains à de réelles sous-cultures de plus en plus atomisées, d'importance et de visibilité très variables, et présentant des vulnérabilités de tout ordre, elles-mêmes très diverses en gravité.

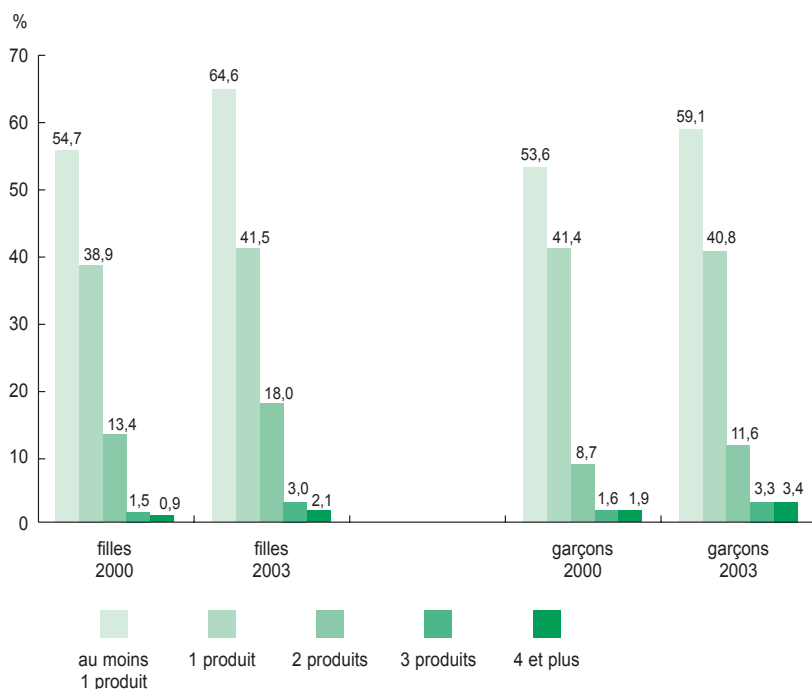


Figure 2. – Évolutions 2000-2003 du cumul d'expérimentation de produits psychoactifs illicites ou détournés* à 17 ans selon le sexe.

* Les onze produits concernés sont le cannabis, les médicaments psychotropes, les champignons hallucinogènes, les poppers, les produits à inhaler, l'ecstasy, les amphétamines, le LSD, le crack, la cocaïne, et l'héroïne.

Source : ESCAPAD 2000, 2003, OFDT

Quelle que soit leur diversité, toutes les polyconsommations doivent donc être comprises comme un facteur de gravité à divers titres. Au plan neurobiologique, il existe des interactions particulièrement dangereuses ; au plan psychosocial, elles font courir un risque accru d'incidents sévères à court terme (intoxications aiguës, accidents, troubles du comportement...) et d'évolution vers une addiction sévère à moyen terme ; au plan symptomatique, elles peuvent exprimer et aggraver des difficultés psychologiques et/ou familiales.

La polyconsommation constitue donc, en elle-même, un puissant indicateur de gravité des usages de substances psychoactives chez les jeunes et ce d'autant plus qu'elle intègre un nombre croissant d'usages de drogues illicites qui témoignent de perturbations des processus de maturation, outre le problème de leurs toxicités cumulées.

Les stratégies de repérage

La fréquence importante et la gravité potentielle de ces problèmes doivent donc inviter les adultes, parents ou professionnels, à prêter une attention toute particulière à leur repérage. Dans cette perspective, si les parents doivent nécessairement se préoccuper de tout usage, même débutant et apparemment mineur, pour les professionnels, il importera prioritairement de procéder à une évaluation permettant d'adapter les types de réponse et notamment d'identifier le plus précocement possible les usages déjà nocifs (18), tout particulièrement fréquents dans le cas des polyconsommations qui doivent donc être d'emblée reconnues comme constituant un facteur de gravité.

Ces usages nocifs sans dépendance (abus) sont, chez l'adolescent et sauf pour le tabac, plus fréquents que les usages avec dépendance, ils sont parfois difficiles à distinguer des usages occasionnels banals, mais peuvent être rapidement dommageables pour la santé. Il est donc souhaitable de les rechercher systématiquement et périodiquement et d'en apprécier la gravité. Ce repérage doit être précoce avant que d'éventuelles addictions ne s'installent. Autant dire qu'en face de n'importe quel problème concernant le fonctionnement ou le développement d'un adolescent, les cliniciens, les éducateurs, tous les professionnels au contact des jeunes doivent avoir le souci de pratiquer ce repérage des usages de substances pour parvenir à une évaluation plus globale de la situation.

L'essentiel des informations nécessaires au repérage et à l'évaluation de la gravité des consommations sera obtenu par un simple interrogatoire complété le cas échéant d'autoquestionnaires qui, même s'ils ne sont pas utilisés formellement, donnent de bonnes indications sur les questions les plus utiles. Les examens de laboratoire, parfois demandés par les familles, n'ont guère de place en pratique clinique dans ce cadre de repérage et devront être réservés à des enjeux de santé publique ou de responsabilité pénale (accidents de la circulation, médecine du tra-

vail...). Les usages de substances et tout particulièrement de drogues illicites sont en effet des pratiques qui restent largement stigmatisées socialement. Leur repérage peut déboucher sur des contre-réactions sociales pouvant aller du rejet familial à des exclusions scolaires ou à des sanctions pénales. Les examens biologiques dans ce qu'ils ont d'objectivant doivent donc être utilisés avec une grande prudence et toujours s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins librement consenti ou sinon dans le plus strict respect des cadres légaux, réglementaires et éthiques, tout particulièrement dans le domaine du droit du travail. C'est d'autant plus important qu'ils peuvent également susciter chez l'utilisateur des réactions défensives qui vont accroître sa réticence.

L'origine de la demande et la confidentialité

Cette question fondamentale renvoie à la tension possible entre les éventuelles attentes de l'adolescent et celles de sa famille ou de la société. À la différence d'un malade qui ignore l'existence ou la nature exacte de sa maladie, l'utilisateur de substances psychoactives ne peut ignorer qu'il est un usager de drogues. En revanche, pour les raisons précédemment évoquées il n'a pas nécessairement envie que cela se sache ni donc d'être "repéré" par ses parents, son conjoint, ses professeurs, son patron ou la police. Or ce sont bien souvent ces différentes personnes ou instances qui seront précisément demandeuses d'un "repérage", parfois plus dans une approche de contrôle normatif que de soins. Cela peut donc déclencher chez l'utilisateur, surtout s'il est adolescent, des réactions défensives de déni ou au contraire de défi qui ne permettent guère d'avancer.

La plus extrême prudence doit donc être de rigueur quand l'utilisateur n'est pas directement à l'origine de la demande ou peu impliqué. Le professionnel devra dès lors procéder à une analyse fine et attentive de l'origine et de la nature de la demande, avant de s'engager dans le travail de repérage et d'évaluation proprement dit qu'il devra toujours s'appliquer à resituer, en accord avec la famille, dans une logique explicite de soins. En effet, l'utilisateur est bien souvent lui-même dans l'ignorance ou le déni, non pas de son usage, mais bien de sa dangerosité, notamment pour le cannabis dans le contexte de banalisation ambiante de ces dernières décennies. L'aider à évaluer son niveau de consommation et sa nocivité est donc un réel enjeu pour permettre une première prise de conscience et soutenir sa motivation au changement. De même, il conviendra de bien énoncer et de manière explicite les règles de confidentialité relatives aux propos de l'adolescent par rapport à ses parents, son entourage ou des institutions extérieures.

La place du professionnel, du médecin de famille

Une telle démarche pourra être d'autant mieux entendue qu'elle émanera d'un professionnel empathique et non impliqué dans les éventuels différends de la famille quand celle-ci est à l'origine de la consultation, comme c'est bien souvent le cas avec les usagers

les plus jeunes. En pratique, le professionnel ne peut pas, en effet, en rester à la seule attente d'une incertaine et en tout cas tardive demande du patient, mais il se doit d'avoir une attitude réellement proactive. Il faut savoir s'appuyer sur un interrogatoire systématique lors des examens standard (trouble intercurrent, certificats d'aptitude...) ou encore sur les demandes ou inquiétudes de l'entourage familial, social ou professionnel, sans se lasser de rappeler que les objectifs de la consultation sont relatifs à des enjeux de santé et non, a priori, de maintien de l'ordre familial ou social ou de simple apaisement des relations familiales ou sociales, même si c'est un effet secondaire utile et positif...

Dans tous les cas, il faudra soutenir les attitudes d'aide et les tentatives de compréhension de la part de l'entourage et décourager, au contraire, celles de rejet ou d'exclusion qui s'avèrent généralement contre-productives. Il faut se défier, par exemple, du recours à des examens biologiques (recherche de cannabis dans les urines), bien souvent demandés de bonne foi par des familles désespérées, mais qui, loin de permettre d'avancer vers une solution, risquent d'amplifier et rigidifier encore l'incompréhension réciproque et donc, d'une certaine manière, le problème.

Dans cette perspective, le professionnel a une place essentielle et tout particulièrement le médecin de famille (de la famille dans son entier et non des parents ou des enfants, les uns contre les autres...). Il devra tenter de nouer une réelle alliance avec l'ensemble des protagonistes, en prenant en compte les attentes et les craintes des uns et des autres et en montrant à tous que chacun a été écouté. La création de ce terrain de confiance constitue une condition nécessaire pour permettre à chacun de pouvoir avancer et d'assouplir ses positions. Il faut en effet éviter que l'utilisateur ne se sente mis en danger par un médecin intrusif, perçu comme simple auxiliaire des autorités parentale, scolaire ou judiciaire, mais il faut aussi éviter que l'entourage ne se sente disqualifié dans ses inquiétudes, réduites à un pur produit d'attitudes hyperprotectrices, moralisantes, ou simplement normatives face à un problème jugé mineur, voire même inexistant d'un point de vue médical.

Une fois les attentes des uns et des autres précisées et pour peu qu'elles s'inscrivent réellement dans une perspective d'aide (ce qui est très généralement le cas des personnes qui font l'effort de venir consulter), le repérage de l'usage ne posera guère de difficultés. Il en ira *a fortiori* de même lorsque l'utilisateur est lui-même demandeur. La question essentielle restera donc bien celle du repérage des troubles liés à l'usage de substances : usage nocif et dépendance. Notre propos se centrera ici sur l'usage nocif, la dépendance étant beaucoup plus rare chez les adolescents (à l'exception du tabac).

L'évaluation des consommations et des facteurs de gravité

Le but de cette évaluation est, après avoir identifié les usages de substances, d'en préciser les effets sur le fonctionnement du sujet

et donc de repérer les critères diagnostiques des troubles liés aux usages de substances. Tout particulièrement, chez les adolescents, les usages nocifs (ou "abus" selon le DSM-IV) caractérisés par l'Organisation mondiale de la santé comme une "*consommation répétée entraînant des dommages physiques, psychiques ou sociaux pour le sujet lui-même ou son environnement sans qu'il y ait dépendance*" (CIM-10).

Très souvent, l'intéressé n'est pas encore conscient d'avoir franchi un seuil et c'est, de fait, son environnement familial, affectif, social qui va repérer le problème et en parler à des amis ou alerter des professionnels, médecins, psychologues ou travailleurs sociaux. L'objectif principal de l'intervention sera donc d'évaluer ces dommages, d'aider le sujet à en prendre conscience, soutenir sa motivation au changement et proposer de premières interventions. Il faudra aussi préciser les modalités de consommation, les facteurs individuels de vulnérabilité et les facteurs de risques sociaux qui constituent autant de facteurs de gravité possibles, l'usage nocif étant la résultante de l'interaction entre ces trois séries de facteurs : produit, sujet, environnement. Les dommages les plus précocement et fréquemment rencontrés avec les usages d'alcool et de cannabis sont psychiques et sociaux. Les facteurs de gravité à considérer concernent le produit lui-même, ses modalités de consommation et les facteurs de vulnérabilité individuels et socio-environnementaux.

Les produits

Parmi les facteurs à analyser, il convient d'être particulièrement attentif aux produits consommés eux-mêmes : nature et quantité des substances consommées, fréquence, modes de consommation, âge de début, mode de progression d'un produit à l'autre. Nous l'avons vu, les configurations les plus fréquemment rencontrées chez les adolescents sont les associations tabac-cannabis et tabac-alcool-cannabis. Il est à noter que dans les deux cas ce sont le tabac et le cannabis qui sont généralement utilisés les plus régulièrement avec une fréquence importante de dépendance au tabac et une fréquence non négligeable de dépendance au cannabis. En revanche, l'alcool est souvent utilisé de manière plus épisodique, festive, avec une fréquence croissante d'ivresses répétées notamment chez les garçons et, dans ce cas, d'usages concomitants avec du cannabis.

Les effets négatifs sont bien sûr variables avec, d'une part, des effets à court terme pour le cannabis et l'alcool dont d'éventuels troubles cognitifs et du comportement générateurs d'accidents et de difficultés de développement ou d'insertion ; problèmes qui peuvent amener à consulter, souvent à l'incitation de l'entourage. On relève, d'autre part, des effets surajoutés à moyen et long termes comme par exemple le risque cancérigène pour le tabac et le cannabis, risques qui semblent bien abstraits et lointains pour un adolescent et qui donc ne sont guère des motifs de consultation.

En troisième lieu, l'usage précoce d'autres drogues illégales doit également être considéré comme un élément préoccupant au regard

des risques immédiats, mais aussi en termes de pronostic en ce qu'il révèle de vulnérabilités accrues, de modes d'identification plus marginaux et de polyconsommation aggravée avec toutes ses conséquences négatives. L'usage précoce d'autres drogues illégales doit donc être, *a fortiori*, considéré comme un élément pré-occupant au regard des risques immédiats, mais aussi en termes de facteurs de gravité et donc de pronostic.

Modes de consommation

Comme les teneurs en THC, les modes de consommation du cannabis, par exemple, ont eux aussi radicalement évolué avec le développement de l'usage des "douilles" chez les jeunes (culots métalliques où est placé le cannabis pour être fumé grâce à une pipe à eau, sorte de narguilé de fortune : le *bhong*). "Coller (ou shooter) des douilles" devient un mode d'usage en plein développement et qui doit être repéré car il présente des risques dont certains sont encore accrus par rapport à ceux induits par les modes d'usage traditionnels. Il s'agit en effet d'un mode d'extraction plus brutal, puissant et rapide, "violent", qui a des effets nocifs majeurs aux plans trachéo-bronchique et neuropsychique. De plus il traduit souvent une plus grande recherche d'effets psychotropes puissants à type de "défonce" révélant une problématique personnelle plus lourde de l'usager, elle-même facteur de risque évolutif. Il en va un peu de même pour la chicha pour le tabac ou les premix (forme intermédiaire de polyconsommation, de transition adolescente entre un soda inoffensif et un alcool fort), les bières fortes, les alcools blancs et autres "TGV" (tequila-gin-vodka : forme de polyconsommation pour l'alcool...).

Quantité et fréquence

Il est certain que l'appréciation approximative des quantités consommées sera un élément d'évaluation : le risque encouru lors d'une consommation occasionnelle de un ou deux joints partagés avec des copains le week-end n'est évidemment pas du même ordre que celui engendré par une consommation quotidienne de cinq, 10 ou 20 joints... Il ne faut pas hésiter à aborder cette question de manière très concrète, y compris sous l'angle des quantités achetées et de leur coût hebdomadaire. Au-delà de l'aspect évaluatif, la prise de conscience des sommes ainsi dépensées peut être en soi un motif de réduction ou d'arrêt, mais aussi en ce qu'elle attire l'attention de l'usager sur sa "perte de contrôle" qui définit l'abus ou la dépendance, l'addiction.

Loin de bloquer la discussion, l'expérience montre que cet intérêt concret pour ses consommations peut au contraire créer un pont avec l'usager et crédibiliser l'interlocuteur dans ses compétences supposées sur la question. C'est ainsi que le dialogue sur les consommations pourra naturellement évoluer vers une discussion sur les effets nocifs qui resteront sinon trop souvent niés par l'usager. Cette question de la fréquence d'utilisation (et donc des quantités consommées) est particulièrement importante car son

aggravation chez les jeunes est sans doute l'une des données essentielles expliquant l'accroissement actuel des problèmes sanitaires induits, y compris en matière de risques de dépendance (1, 2, 10). D'autre part, il est bien établi qu'il existe une corrélation entre la fréquence de consommation et les quantités consommées à chaque prise : plus on consomme souvent, plus on consomme beaucoup à chaque fois... La question sur la fréquence de consommation est donc un élément clé de l'évaluation.

Précocité des consommations

Plus l'âge de début est précoce (tout particulièrement s'il est inférieur à 15 ans), plus le risque est important que cet usage devienne régulier, durable et donc problématique (7, 8, 11). Ce constat renvoie à plusieurs systèmes de causalité :

- toxicologique (plus l'âge de début est précoce, plus longue est la durée d'exposition au toxique) ;
- physiologique (un organisme jeune, notamment au plan cérébral, est à la fois plus sensible à certains effets et plus résistant à d'autres, ce qui constitue des vulnérabilités supplémentaires) ;
- psychologique (un adolescent "débutant" aura plus de mal à "gérer" un usage qu'un adulte et structurera rapidement des modalités durables d'interaction avec d'autres consommateurs, avec les groupes de pairs, les copains) ;
- socio-familial (un usage très précoce peut traduire une relative désimplication familiale : négligence, manque de disponibilité, indifférence, carence d'autorité, connivence...).

Usages à des fins d'autorégulation voire d'automédication

La discussion doit aider à préciser les circonstances, les finalités et les conséquences de ces consommations. Il conviendra notamment de préciser les attentes qui ne sont plus simplement hédoniques (faire la fête, rigoler...) mais visent à obtenir une certaine autorégulation comme en témoignent des usages de plus en plus souvent solitaires et non plus exclusivement en société (à l'occasion de fêtes ou de rencontres), des usages dès le matin, des usages à l'occasion de stress ou pour trouver le sommeil, des usages à des fins d'anesthésie, d'ivresse massive, de "défonce". La répétition croissante de ces modalités de consommation doit bien sûr particulièrement attirer l'attention. Non seulement elles conduisent à une élévation du niveau de consommation et du nombre de produits expérimentés ou utilisés régulièrement, mais elles traduisent aussi des vulnérabilités du sujet qui constituent autant de facteurs de risques d'aggravation et de problèmes à traiter pour leur propre compte.

Facteurs de vulnérabilité individuels et sociaux

Les facteurs de vulnérabilité sont également à rechercher et à analyser dans leur relation aux usages de substances, particulière-

ment chez les adolescents. Dans cette population, ce sont en effet souvent ces éléments de souffrance individuelle ou sociale qui sont les plus évidents au point même, parfois, de masquer ou de “secondariser” aux yeux du clinicien les troubles liés aux substances qui, parfois, les provoquent et, toujours, les aggravent. Chez l’adulte, à l’inverse, les consommations problématiques (souvent avec dépendance) vont être évidentes et orienter le diagnostic principal vers elles, parfois en perdant de vue les vulnérabilités psychologiques ou sociales sous-jacentes (15).

Ces facteurs de vulnérabilité sont donc à identifier car ils accroissent les risques d’aggravation des consommations, de polyconsommations massives et d’évolution vers l’abus ou la dépendance. Il peut s’agir aussi bien de certains penchants banals (hédonisme, goût marqué pour la fête, les sorties, sociabilité...) que de certains traits de personnalité ou de tempérament (recherche de nouveauté et de sensations, faible évitement du danger, ou faible estime de soi, difficultés de gestion et d’expression des émotions, difficultés relationnelles...), mais aussi de nombreux troubles psychiques (troubles des conduites, troubles de l’attention avec hyperactivité, troubles de l’humeur, phobie sociale, syndrome de stress post-traumatique, troubles psychotiques...) Il faut également rechercher des antécédents de tentatives de suicide ou de troubles des conduites alimentaires. Les très fréquents problèmes de comorbidité entre les troubles associés aux usages de substances et les troubles psychiatriques imposent de procéder à un inventaire le plus complet possible des problèmes psychopathologiques, actuels et passés, incluant une revue des symptômes psychiatriques présentés et des traitements prescrits.

Le diagnostic différentiel pour les troubles liés aux usages de substances doit tenir compte du fait que le dysfonctionnement attribué à la prise de substances peut en fait être dû à des problèmes antérieurs ou associés : comorbidités psychiatriques, problèmes familiaux ou difficultés scolaires. En étroite interaction avec ces éléments individuels, on doit donc rechercher d’éventuels facteurs de vulnérabilité sociale (problèmes sociaux, scolaires, professionnels, familiaux, événements de vie douloureux, relations préférentielles voire exclusives avec d’autres usagers...) qui peuvent aggraver les consommations et en même temps révéler leur gravité particulière.

En dehors du sexe (les garçons sont plus à risques d’abus que les filles), il n’y a pas de variable sociodémographique fortement corrélée à un sur-risque notable d’abus de substances chez les adolescents. La prévalence d’usage est devenue telle que peu de secteurs sont indemnes même si certains contextes socioculturels restent évidemment particulièrement concernés. Mais il serait dangereux de réserver la démarche de repérage précoce à des personnes dont le “look” ou l’habitus semblerait particulièrement évocateur d’un goût pour le cannabis tant celui-ci s’est largement diffusé dans la société, tout au moins chez les jeunes. Il sera néanmoins utile de préciser les représentations que le jeune se fait des usages et des usagers, des attitudes et comportements de ses pairs et copains face aux drogues.

Facteurs de gravité situationnels

En dehors des troubles mentaux précédemment évoqués, certains contextes de consommation peuvent rendre d’emblée très nocifs des usages de cannabis et doivent donc faire l’objet d’une attention particulière : grossesse, conduite de véhicule, exercice de certaines activités notamment les postes de sûreté/sécurité (apprentissage).

Outils de repérage et d’évaluation

Face à un ou plusieurs des symptômes mentionnés précédemment évocateurs d’un usage nocif, le professionnel peut s’aider de certains autoquestionnaires, en cours de validation en France. Faciles et rapides d’emploi, ils permettent de dépister aisément bon nombre d’usages nocifs de substances psychoactives :

- CRAFFT (États-Unis) (*Car, Relax, Alone, Forget, Family, Friends, Trouble*) ou la version française ADOSPA (*ADolescents et Substances PsychoActives*) : six questions, deux réponses positives indiquant un usage nocif ;
- DEP-ADO (*DEPistage de consommation problématique d’alcool et de drogues chez les ADOlescent(e)s*) ;
- (RISQ-Québec).

Ces questionnaires, généralement appréciés des usagers, permettent de plus d’engager la discussion en facilitant la prise de conscience des risques et méfaits de ces usages de produits.

Au plan international, à côté du CRAFFT, il convient de citer le DUSI-A (*Drug Use Screening Inventory-Adolescents*), le POSIT (*Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*) et le PESQ (*Personal Experience Screening Questionnaire*). Plusieurs questionnaires spécifiques de produits existent par ailleurs pour évaluer plus particulièrement tel ou tel usage (tabac, alcool, cannabis...). Ces outils sont largement utilisés dans les “consultations cannabis” ouvertes par la MILDT et la DGS en 2005 à l’intention des jeunes consommateurs en France (19).

Dans un contexte de santé publique (médecine du travail, situations à risques...) ou de médecine légale (accidents de la route...), des examens biologiques peuvent également être utilisés. Ils sont parfois également utilisés en pratique clinique, en accord avec le patient, à des fins de *monitoring*.

Prise en charge thérapeutique

Ainsi que nous le rappelions en introduction, une des difficultés essentielles à prendre en compte est le faible niveau de demande des adolescents qui est un frein à la démarche de soins et à son bon déroulement. En revanche, un point positif est la rareté des dépendances majeures à cet âge, à l’exception éventuelle du tabac. L’évaluation, telle que nous la présentions précédemment, doit donc se conclure sur une interrogation : de son propre point de vue, est-il arrivé à l’adolescent lui-même de considérer ses usages comme un problème potentiel ? A-t-il déjà tenté de

contrôler, réduire ou d'arrêter ses consommations? Ou certaines d'entre elles? Évaluer la volonté de l'adolescent de diminuer ou d'arrêter ses consommations et évaluer ses capacités de changement peuvent aider à déterminer des objectifs initiaux et à préciser le niveau d'intervention à mettre en œuvre.

Approches psychothérapeutiques

Autant dire dès lors que la prise en charge visera, une fois l'évaluation faite et partagée, à aider l'adolescent à engager le processus de changement et à le soutenir une fois sa mis en œuvre. Dans cette perspective, il est en effet fondamental de travailler avec l'ambivalence du sujet en soutenant tout ce qui peut l'aider à modifier ce comportement problématique sans se confronter à sa volonté d'autonomie. Sur ce plan, les techniques d'entretien motivationnel nous semblent être d'un recours fondamental (20). On sait en effet que l'accomplissement du traitement est la variable la plus fortement corrélée avec une issue positive et qu'elle se rattache elle-même à la motivation et à la compliance. Ces stratégies non directives, non jugeantes, peuvent donc utilement contribuer à soutenir la motivation du jeune, à accroître ses sentiments d'efficacité personnelle et à l'autoriser à changer sans se déjuger.

Pour des jeunes gens, il peut être particulièrement utile également de s'appuyer, le cas échéant, sur des techniques de thérapie brève (21) associant, selon divers protocoles, entretiens motivationnels et thérapies cognitivo-comportementales (TCC). On peut aussi envisager des entretiens familiaux ou des thérapies multifamiliales. Les thérapies familiales ont été la modalité la plus étudiée de traitement des adolescents présentant des problèmes liés aux substances avec de nombreuses études montrant leur supériorité sur les autres formes de traitement ambulatoires même si celles-ci (interventions familiales sans l'adolescent ou, à l'inverse, prise en charge individuelle de l'adolescent) peuvent également avoir une efficacité démontrée.

Approches psychosociales

La prise en charge doit encourager le soutien par l'environnement tout particulièrement les parents et les pairs n'utilisant pas de produits. Cependant, la question des thérapies de groupes reste controversée, de nombreuses études mettant en évidence un impact parfois négatif sur le pronostic. Il semble cependant que ce risque "iatrogénique" concerne surtout les jeunes les plus déviants, les plus inscrits dans des troubles des conduites; l'effet resterait plutôt favorable dans les autres cas. Les cliniciens doivent donc prêter une attention toute particulière à la constitution des groupes en vue de thérapies, en évitant de brasser des profils trop hétérogènes et doivent privilégier des approches familiales ou d'autres modalités d'intervention pour les jeunes les plus déviants.

Diverses études établissent également que les programmes disposant de services globaux, pluridisciplinaires (conseil, orientation professionnelle, réinsertion, activités récréatives, services médicaux, contraception, etc.) ont de meilleurs résultats que les programmes n'en proposant pas. Les programmes qui s'intéressent aux différents aspects de la vie personnelle et sociale de l'adolescent sont ceux qui obtiennent les meilleurs résultats.

Traitements médicamenteux

En revanche, en dehors du tabac ou de l'association tabac-cannabis, il n'y a que rarement de problèmes de dépendance ou de codépendance nécessitant un traitement médical spécifique, sachant que les résultats de la pharmacothérapie des troubles liés aux substances chez les adolescents semblent limités en l'état actuel des données (22).

Il est généralement relevé que, dans le cas de codépendance tabac-cannabis, il est souhaitable de proposer une prise en charge simultanée (23, 24) avec notamment l'utilisation de patchs de nicotine. L'utilisation du bupropion dans cette indication mixte reste controversée avec un risque non négligeable d'effets secondaires négatifs et celle d'antagonistes CB1 (rimonabant) est en cours d'évaluation. Dans les rares problèmes de dépendance alcoolique, quelques études de cas signalent l'emploi de la naltrexone ou de l'acamprosate chez des adolescents, à l'instar de ce qui est pratiqué chez les adultes. De même, dans le traitement des syndromes de sevrage d'alcool, de benzodiazépines ou d'opiacés, l'utilisation de benzodiazépines (alcool), de clonidine ou de buprénorphine (opiacés) n'est pas fondée sur des recherches conduites chez l'adolescent, mais sur une simple extension des modalités d'intervention auprès des adultes (4). Tout ceci doit donc être abordé avec la plus extrême prudence sans perdre de vue que la présence d'une polyconsommation et de fréquents troubles psychiatriques associés ne doit pas nécessairement entraîner une polyprescription, surtout avec des médicaments susceptibles d'abus, ce qui peut accroître encore le risque d'intoxication aiguë, intentionnelle ou non.

La même prudence doit être de mise avec l'utilisation de traitements de substitution aux opiacés. La dépendance aux opiacés est très rare chez les adolescents en France alors que les mauvaises utilisations et les détournements de buprénorphine haut-dosage (BHD) se répandent, notamment dans les milieux festifs. Néanmoins, diverses études menées auprès d'adolescents ont mis en évidence l'intérêt de la BHD ou de l'association BHD-naloxone (bup-nx) dans des protocoles de sevrage (25, 26) et celui de la BHD et de la méthadone dans des protocoles de substitution mis en œuvre dans le cadre d'une approche globale et contrôlée (27). Woody a mené une étude comparable (Université de Pennsylvanie-NIDA) avec l'association bup-nx. Ces travaux mettent en évidence de meilleurs taux de rétention et de meilleurs résultats que les traitements psychosociaux habituels, mais nécessitent une étroite supervision auprès de ce public particulier.

Cadre de prise en charge

Les adolescents doivent être traités dans le cadre le moins contraignant possible susceptible de garantir de bonnes conditions de sûreté et d'efficacité. Le choix intègrera la nécessité de fournir un environnement sûr en tenant compte de l'aptitude du jeune à prendre soin de lui, de sa volonté et de celle de sa famille de coopérer avec le projet thérapeutique, de son besoin d'être encadré dans des limites contenantantes, de l'existence de troubles comportementaux et psychiatriques associés, de l'échec de prises en charge antérieures dans des cadres institutionnels moins structurés, des souhaits du sujet et de sa famille quant au choix du cadre... Bien que les programmes résidentiels pour adolescents puissent donc être indiqués dans ces cas difficiles, les prises en charge en ambulatoire, quand elles sont possibles, doivent être privilégiées dans la mesure notamment où les progrès obtenus dans ce cadre apparaissent plus durables et généralisables. À l'exception notable de *L'Espace du possible* dans le Nord et de quelques institutions pionnières, il n'existe en revanche pratiquement pas en France de structures résidentielles spécialisées en toxicomanies ouvertes à des mineurs avec des programmes spécifiques.

Les comorbidités psychiatriques

Polyconsommations de substances et troubles psychiatriques (troubles des conduites et troubles de l'humeur particulièrement) sont fréquemment associés, à la fois en population clinique et en population générale. Certains troubles psychiatriques accroissent le risque de présenter une polyconsommation problématique et, à l'inverse, les polyconsommations peuvent être génératrices de troubles psychiatriques. Ces pathologies contribuent à altérer les capacités de l'adolescent à se soigner pour ses problèmes de drogues, elles augmentent la rapidité et la fréquence des rechutes, elles aggravent les risques d'évolution vers une dépendance ainsi que les problèmes familiaux, scolaires ou les conduites délinquantes.

Les troubles des conduites (perturbatrices) sont les troubles psychiatriques les plus fréquemment retrouvés chez les adolescents polyconsommateurs. Les troubles des conduites avec agressivité précèdent habituellement ou accompagnent les usages problématiques. On relève aussi des troubles de l'attention avec hyperactivité (ADHD), des handicaps d'apprentissage et des troubles sensoriels.

Les troubles de l'humeur, particulièrement la dépression, sont parfois antérieurs et parfois consécutifs aux usages de drogues. Ceux-ci sont un facteur de risque pour des comportements suicidaires. On retrouve aussi des taux élevés de troubles anxieux, tout particulièrement états de stress post-traumatiques et phobie sociale, parmi les usagers de drogues. Il existe également une association fréquente avec la boulimie. Par ailleurs les usages de drogues sont fréquents chez les personnes souffrant de schizo-

phrénie, particulièrement quand le début a été précoce et d'évolution rapide vers la chronicité.

Il est donc essentiel de traiter ces comorbidités psychiatriques. Il semble que la prise en charge optimale consiste en une approche intégrative associant réellement la prise en compte des problèmes psychiatriques et ceux liés à l'usage de substances, et en ne se contentant pas de les juxtaposer ni de les proposer de façon consécutive (4).

Plusieurs modalités de TCC ont pu démontrer leur efficacité dans la prise en charge d'adolescents présentant à la fois des troubles des conduites et des troubles liés aux substances. Ces approches associent en général des éléments spécifiquement orientés vers les questions liées à l'usage comme la prévention de la rechute par exemple et d'autres plus généraux tels que la promotion des compétences sociales, la gestion du stress et de la colère, l'orientation vers la résolution de problème.

Des recherches récentes suggèrent que certains traitements médicamenteux puissent être sûrs et efficaces chez les adolescents présentant des troubles liés aux usages de substances. C'est ainsi qu'ont pu être évoquées les utilisations de pemoline et de bupropion pour l'ADHD et de fluoxétine pour la dépression. Récemment une étude contrôlée en double aveugle contre placebo a pu démontrer l'efficacité d'un psychostimulant chez des jeunes présentant une comorbidité ADHD-troubles liés à l'usage de substances, sur les symptômes de l'ADHD mais sans impact sur l'usage quand cette médication était utilisée seule, sans intervention psychosociale. Le lithium et les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ont pu également démontrer dans des essais ouverts leur efficacité dans le domaine des troubles liés aux substances associés à des troubles de l'humeur.

D'autre part, certains traitements, comme les psychostimulants et les benzodiazépines, ont un réel potentiel d'abus. Le risque d'abus de ces médicaments est donc notable de la part de l'adolescent déjà polyconsommateur et/ou de son environnement (pairs, famille). Il faut donc évaluer soigneusement ce risque avant toute prescription de ce type, notamment en examinant les éventuels antécédents personnels ou familiaux d'abus de ces substances. En cas de prescription, il est préférable que la dispensation soit supervisée.

Dans le cas d'ADHD, et si les approches psychosociales sont insuffisantes, le praticien doit étudier les possibilités de prescription alternative aux psychostimulants amphétaminiques, tels que l'atomoxétine ou le bupropion qui présentent un plus faible potentiel d'abus. Les nouveaux stimulants à durée d'action prolongée peuvent également présenter un intérêt dans cette perspective. Concernant les troubles anxieux, les approches psychosociales sont à privilégier, mais si une prescription s'avère nécessaire, il semble souhaitable de s'orienter vers des IRS ou la buspirone plutôt que vers des benzodiazépines.

Il convient aussi de rappeler que les abus de drogues chez les adolescents peuvent être générateurs de troubles psychiatriques induits d'autant plus fréquents ou spectaculaires que c'est l'âge où sont volontiers expérimentées des substances dysléptiques et dissociatives (17) telles que le LSD, les champignons hallucinogènes, le datura, le GHB, la kétamine,... sans oublier le cannabis ni les dérivés amphétaminiques comme l'ecstasy. Si les psychostimulants sont volontiers consommés par des adultes, les psychodysléptiques majeurs restent des substances plutôt utilisées par les adolescents et les jeunes, or ils peuvent être à l'origine d'importants troubles psychiques aigus accompagnés éventuellement de troubles du comportement auto- ou hétéro-agressifs : attaques de panique, syndrome persécutif (la "parano"), troubles psychotiques aigus, retours d'acide... Ces troubles peuvent nécessiter une prise en charge adaptée incluant les techniques de réassurance et, le cas échéant, la prescription de sédatifs et d'antipsychotiques atypiques, parfois en milieu hospitalier. L'éventualité d'un mode d'entrée dans un trouble psychotique chronique doit toujours être évaluée dans ce cadre et le suivi ne doit pas se limiter à la seule période de prise en charge du trouble aigu.

Conclusion

Les polyconsommations de substances psychoactives chez les adolescents sont un enjeu majeur de santé publique. Le repérage précoce de ces polyconsommations, le plus souvent du registre de l'abus chez l'adolescent, et l'évaluation des facteurs de gravité, en s'appuyant le cas échéant sur des questionnaires d'autoévaluation, permettent d'aider le patient à identifier plus tôt le problème et à y faire face en déterminant avec le praticien des objectifs de soins et en co-élaborant avec lui des stratégies adaptées qui peuvent être remarquablement efficaces pour peu qu'elles soient entreprises à ce stade (18). Dans cette perspective, les techniques d'entretien motivationnel complétées, si nécessaire, de thérapies brèves et d'un soutien psychosocial adaptés peuvent être particulièrement utiles. La prise en compte d'un trouble lié aux substances et celui d'éventuelles comorbidités psychiatriques dont l'identification doit être, elle aussi, impérative, peuvent conduire à des prescriptions médicamenteuses qui devront être faites avec une grande prudence chez l'adolescent, tout particulièrement en ce qui concerne les médicaments pouvant donner lieu à abus.

Ceci étant, il convient d'insister à nouveau sur l'intérêt d'un repérage et d'une intervention précoces en ce domaine, ils peuvent permettre, en se généralisant, d'éviter ou, à tout le moins, de réduire bien des dommages personnels, familiaux et sociaux. Il a pu être en effet établi que le nombre de substances utilisées et le nombre de critères diagnostiques rencontrés (abus, dépendance) chez un adolescent reflétaient la sévérité globale de la situation et étaient prédictifs du pronostic. Cette question des polyconsommations est d'une telle importance qu'il a pu être proposé que le futur DSM-V intègre ces deux paramètres tant leur valeur pronostique est forte pour le devenir de l'adolescent (28, 29). ■

J.-M. Delile

**Spécificités de prise en charge de certaines populations.
Les polyconsommations chez les adolescents**

Alcoologie et Addictologie 2007 ; 29 (4) : 000-000

Références bibliographiques

- 1 - Delile JM, Facy F, Dally S. Épidémiologie des polyconsommations, alcool, drogue. Paris : Éditions EDK, 2001.
- 2 - Delile JM. Adolescence et addictions. *Impact Médecine* 2007 ; 192 : 20.
- 3 - APA. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, Second edition. *American Journal of Psychiatry* 2006 ; 163 (8 Suppl.) : 1-82.
- 4 - Bukstein O. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. Washington : AACAP, 2004.
- 5 - Young S, Corley R, Stallings M, Rhee S, Crowley TJ, Hewitt J. Substance use, abuse and dependence in adolescents: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence* 2002 ; 68 : 309-22.
- 6 - Delile JM, Damade M, Pommereau X, Bourgeois M. Suicides et toxicomanies à l'adolescence. *Psychologie médicale* 1987 ; 19 (5) : 663-666.
- 7 - Beck F, Legleye S, Spilka S. Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : ESCAPAD 2003. Saint-Denis : OFDT, 2004.
- 8 - Kandel DB. Stages in adolescent involvement in drug use. *Science* 1975 ; 190 (4217) : 912-914.
- 9 - Kandel DB, Treiman D, Faust R, Single E. Adolescent involvement in legal and illegal drug use: A multiple classification analysis. *Social Forces* 1976 ; 55 : 438-458.
- 10 - Kandel DB, Yamaguchi K, Klein LC. Testing the gateway hypothesis. *Addiction* 2006 ; 101 (4) : 470-472.
- 11 - Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P. Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000. Paris : OFDT, 2000.
- 12 - Choquet M, Hassler C, Ledoux S, Beck F, Peretti-Watel P. Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999. Évolution 1993-1999. *Tendances (OFDT)* 2000 ; (6) : 1-6.
- 13 - Costes JM. Polyconsommations : ampleur, effets recherchés et conséquences sanitaires, in : Delile JM, Facy F, Dally S (eds), Épidémiologie des polyconsommations, alcool, drogue. Paris : Éditions EDK, 2001 : 19-34.
- 14 - Ledoux S, Sizaret A, Hassler C et al. Consommation de substances psychoactives à l'adolescence. *Revue des études de cohorte. Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 : 19-40.
- 15 - Reynaud M. Mieux comprendre pour mieux traiter. Les facteurs de vulnérabilité des adolescents, in : Reynaud M (ed.), Addictions et psychiatrie. Paris : Masson, 2005 : 31-48.
- 16 - Delile JM. Usagers polyconsommateurs en Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), in : Delile JM, Facy F, Dally S (eds), Épidémiologie des polyconsommations, alcool, drogue. Paris : Éditions EDK, 2001 : 147-154.
- 17 - Delile JM. Psychostimulants et psychodysléptiques, in : Reynaud M (ed.), Traité d'addictologie. Paris : Flammarion (Médecine-Sciences), 2006 : 585-597.
- 18 - Delile JM. Usages du cannabis : repérage et évaluation des facteurs de gravité. *Revue du Praticien* 2005 ; 55 : 51-63.
- 19 - Obradovic I. Premier bilan des "consultations cannabis". *Tendances (OFDT)*. 2006 ; 50 : 1-6.
- 20 - Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. Paris : InterÉditions-Dunod, 2006.
- 21 - Diamond G, Godley SH, Liddle HA et al. Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction* 2002 ; 97 (s1) : 70-83.

- 22 - Waxmonsky JG, Wilens TE. Pharmacotherapy of adolescent substance use disorders: a review of the Literature. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2005 ; 15 (5) : 810-825.
- 23 - Phan O. Polyconsommation, in : Reynaud M (ed.), *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2006 : 612-615.
- 24 - Gillet C. Les relations complexes du cannabis et du tabac. *La Revue du Praticien* 2005 ; 55 (1) : 66-67.
- 25 - Marsch LA, Bickel WK, Badger GJ et al. Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adolescents: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 2005 ; 62 (10) : 1157-1164.
- 26 - Ling W, Amass L, Shoptaw S et al. A multi-center randomized trial of buprenorphine-naloxone versus clonidine for opioid, detoxification: findings from the National institute on drug abuse clinical trials network. *Addiction* 2005 ; 100 (8) : 1090-1100.
- 27 - Bell J, Mutch C. Treatment retention in adolescent patients treated with methadone or buprenorphine for opioid dependence: a file review. *Drug and Alcohol Review* 2006 ; 25 : 167-171.
- 28 - Crowley TJ. Adolescents and substance-related disorders: research agenda to guide decisions on Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V). *Addiction* 2006 ; 101 (Suppl. 1) : 115-1124.
- 29 - Crowley TJ, Mikulich S, Macdonald M, Young S, Zerbe G. Substance-dependent, conduct disordered adolescent males: severity of diagnoses predicts 2-year outcome. *Drugs and Alcohol Dependence* 1998 ; 49 : 225-237.