



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

**FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET
DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION**

**DEPENDANCE AU CANNABIS CHEZ
L'ADOLESCENT EN RUPTURE DE FORMATION**

Thèse présentée à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de
l'Université de Genève pour obtenir le grade de Docteur en Psychologie

par

Pablo CASCONÉ

de Córdoba, Argentine.

**Sous la direction
Professeur Christiane ROBERT-TISSOT**

Jury composé de Henri Chabrol, François Ansermet, Guido Gendolla, Bernard
Plancherel et Christiane Robert-Tissot

Thèse n° 384

Novembre 2007

REMERCIEMENTS

Cette Thèse est le fruit de mon travail d'assistant du Professeur Christiane Robert-Tissot à la Faculté de Psychologie et Sciences de l'Education de l'Université de Genève et de ma collaboration en tant que psychologue (responsable thérapeutique) au Centre Psychopédagogique pour Adolescents de l'Association Païdos.

Je remercie tout d'abord le Professeur Christiane Robert-Tissot, pour son investissement, la qualité de son encadrement académique, son soutien ainsi que sa confiance et ses encouragements. Un grand merci également au Professeur Bernard Plancherel, pour son implication générale dans le déroulement de ce travail et pour sa précieuse collaboration dans les analyses statistiques.

Merci aux membres du Jury : le Professeur François Ansermet, le Professeur Henri Chabrol et le Professeur Guido Gendolla, qui ont accepté de lire et d'évaluer ce travail.

Merci à toute l'équipe du Centre Psychopédagogique pour Adolescents de l'Association Païdos, au Comité et à la Direction de l'Association, ainsi qu'aux différents collègues du Centre et de l'équipe de l'Université pour leur précieuse collaboration : Marian Garcia, Pascal Rosé, Raphaëlle Chevrolet, Aris Khan, Carolina Vazquez, Jallal Benmiloud, Patricia Moscatelli, Miriam Russo, Sabrina Steffen. Merci tout particulièrement à Bertrand Auckenthaler pour son soutien inconditionnel et sa précieuse collaboration.

Merci à Grégoire Zimmermann ainsi qu'à Felix Bühlmann pour leurs précieux conseils et leur aide dans les analyses statistiques. Merci à Betty Goguikian pour ses conseils avisés.

Merci aux adolescents qui ont participé à cette recherche et grâce auxquels j'ai beaucoup appris.

Un immense merci également à Sarah qui m'a aidé, avec beaucoup de patience, à organiser mes idées et qui a su trouver la manière de m'encourager tout au long de cette aventure.

Merci enfin à tous mes proches qui ont participé à cette entreprise par leur précieux soutien moral.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I – PROBLEMATIQUE GENERALE.....	1
CHAPITRE II - LE CANNABIS	5
1. Le cannabis : substance psychoactive.....	5
2 Modes de consommation	5
3. Effets de la consommation de cannabis à court terme.....	6
3.1. Effets physiologiques et utilisation médicale du cannabis.....	6
3.2. Effets psychologiques	8
4. Effets psychologiques de la consommation à long terme.....	8
4.1. Consommation de cannabis et consommation d'autres substances psychoactives.	10
4.2. Cannabis, tabac et alcool.....	12
4.3. Cannabis et psychoses débutantes.	13
5. Données épidémiologiques sur la consommation de cannabis	15
6. La consommation de cannabis et la législation.....	19
7. Début de la consommation de cannabis.....	20
8. Types de consommation	22
9. La dépendance au cannabis.....	24
9.1. Le diagnostic de dépendance selon les critères de la classification DSM-IV TR.	25
9.2. Prévalence du diagnostic de dépendance au cannabis	27
9.3. Facteurs associés à la dépendance au cannabis	27
10. Approches explicatives de la dépendance aux substances psychoactives	30
10.1. Approche biologique.....	31
10.2. Approche psychosociale et humaniste	31
10.3. Approche psychodynamique	32
10.4. Approches cognitives	32
Résumé	34
CHAPITRE III - PARCOURS DEVELOPPEMENTAL ET LIENS SOCIAUX.....	37
1. La psychologie développementale.....	37
2. Parcours de vie et troubles psychiques à l'adolescence.....	39
2.1. Parcours scolaire	41
2.2. Parcours de soin.....	41

3. Les liens sociaux à l'adolescence	42
3.1. La rupture de liens sociaux.....	43
3.2.1. La rupture scolaire et la rupture de formation	44
3.2.2. Rupture avec la famille et consommation de cannabis	49
3.2.3. Rupture avec le groupe de pairs et consommation de cannabis.....	51
3.2.4. Rupture de liens sociaux et infractions à la loi	51
Résumé	53
CHAPITRE IV - LES MODELES INTERNES D'ATTACHEMENT	55
1. Théorie de l'attachement.....	55
2. Les modèles internes d'attachement.....	56
3. Attachement, adolescence et psychopathologie	57
3.1. L'attachement à l'adolescence.....	57
3.2. Attachement et psychopathologie à l'adolescence	58
3.3. Attachement et consommation de substances psychoactives.....	60
Résumé	62
CHAPITRE V - ANXIETE ET COPING.....	63
1 L'anxiété	63
1.1. Anxiété-état et anxiété-trait	64
1.2. Évaluation de l'anxiété.....	65
1.3. Anxiété et consommation de cannabis.....	66
2. Stress et stratégies de coping.....	67
2.1. Stress chez l'adolescent et tâches développementales.....	68
2.2 Les stratégies de « coping ».....	69
2.3. L'évaluation du coping.....	73
2.4. Les stratégies de coping et la consommation de cannabis	74
Résumé	76
CHAPITRE VI - SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE ET PROBLÉMATIQUE	79
1. Consommation de cannabis et dépendance au cannabis.....	79
2. Consommation de cannabis et liens sociaux.....	81
3. Consommation de cannabis, anxiété et coping	83
4. Proposition de recherche.....	84
5. Hypothèse théorique.....	85

6. Méthode, aspects généraux	86
7. Cadre éthique.....	87
CHAPITRE VII - PARCOURS SCOLAIRE, PARCOURS DE SOINS ET CONSOMMATION DE CANNABIS CHEZ L'ADOLESCENT EN RUPTURE DE LIENS SOCIAUX (ETUDE I)	89
1. Objectifs.....	89
2. Méthode	90
2.1. Population.....	90
2.2. Sélection des dossiers.....	90
2.3. Procédure.....	91
2.4. Instruments et mesures, grilles d'analyse des dossiers	91
3. Résultats.....	93
3.1. Analyses descriptives des parcours scolaire et de soins.....	93
3.1.1. Description de la population.....	93
3.1.2. Consommation de cannabis	96
3.1.3. Consommation de cannabis et rupture scolaire	97
Résumé	98
3.2 Parcours scolaire.....	98
3.2.1. Dernier niveau scolaire accompli.....	98
3.2.2. Changements d'école	100
3.2.3. Redoublements.....	100
3.2.4. Nombre de ruptures.....	101
3.2.5. Type de scolarité	101
3.2.6. Rupture scolaire ou de formation professionnelle	101
3.2.7. Niveau scolaire au moment de la première rupture	102
3.2.8. Durée de la rupture.....	103
Résumé	103
3.3. Parcours de soins.....	103
3.3.1. Première intervention de soin répertoriée dans les dossiers	104
3.3.2. Age et niveau scolaire de la première intervention.....	105
3.3.3. Interventions sur l'ensemble du parcours de soins.....	105
3.3.4. Problèmes psychologiques à l'entrée au CPPA	108
Résumé	108

3.4. Analyse des trajectoires de soins	109
3.4.1. Analyse « Optimal Matching »	109
3.4.2. Résultats de l'analyse « Optimal Matching »	112
3.4.3. Composition des groupes issus de l'analyse en clusters	117
Résumé	120
4. Discussion	121

CHAPITRE VIII - QUALITE DES LIENS SOCIAUX ET CONSOMMATION DE CANNABIS (ETUDE II)..... 129

1. Problématique et objectifs.....	129
2. Hypothèses	130
3. Méthode	131
3.1. Population.....	131
3.2. Recrutement des adolescents	132
3.2.1. Recrutement des adolescents du Groupe Clinique.....	132
3.2.2. Recrutement des adolescents du Groupe non Clinique	132
3.3. Instruments d'évaluation	133
3.3.1. L'ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis)	133
3.3.2. Le CaMir (Modèles individuels de relations)	136
3.4. Procédure.....	138
3.5. Variables et types de mesure	139
4. Résultats.....	140
4.1. Consommation de cannabis et autres substances psychoactives	140
4.1.1. Consommation d'autres substances psychoactives.....	142
4.1.2. Consommation d'alcool.....	143
Résumé	144
4.2. Liens sociaux : famille, pairs, école et relation à la loi.....	144
4.2.1. Famille.....	146
4.2.2. Pairs.....	147
4.2.3. Ecole.....	148
4.2.4. Relation à la loi et comportement délinquant	149
4.3. Problèmes psychologiques	150
4.4. Qualité des liens sociaux et consommation de cannabis.....	151
Résumé	155

4.5. Modèles internes d'attachement, liens sociaux et consommation de cannabis ...	156
4.6. Relation entre la qualité des liens sociaux et les modèles internes d'attachement	159
4.7. Consommation de cannabis et modèle interne d'attachement.....	161
4.8. Le modèle interne d'attachement comme modérateurs de la relation entre les liens sociaux et la consommation de cannabis	162
Résumé	163
4.9. Examen des hypothèses de l'Etude II	164
5. Discussion	166
CHAPITRE IX - ANXIETE, STRATEGIES DE COPING ET DEPENDANCE AU CANNABIS (ETUDE III)	175
1. Problématique et objectif.....	175
2. Hypothèses	176
3. Méthode	176
3.1. Population.....	176
3.2. Instruments d'évaluation	177
3.2.1. L'ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis)	177
3.2.2. Le STAI (State-Trait Anxiety Inventory).....	177
3.2.3. Le CASQ (Coping Across Situations Questionary).....	177
3.3. Procédure d'évaluation.....	179
3.4. Variables et types de mesure	180
4. Résultats	181
4.1. Dépendance au cannabis	181
4.2. Anxiété-TRAIT et Anxiété-ETAT.....	183
Résumé	185
4.3. Les stratégies de coping (CASQ).....	185
4.3.1. Coping actif, coping interne et coping d'évitement	188
4.3.2. Dépendance au cannabis et stratégies de coping	189
Résumé	190
4.4. Anxiété et dépendance au cannabis	190
Résumé	193
4.5. Stratégies de coping et dépendance au cannabis	193
Résumé	196

4.6. Examen des hypothèses.....	197
5. Discussion	198
CHAPITRE X - MODELES DE PREDICTION	205
1. Régression logistique.....	205
2. Modèle d'équations structurales.....	209
3. Discussion	213
CHAPITRE XI - CONCLUSION.....	215
Implications Cliniques.....	220
BIBLIOGRAPHIE.....	223
ANNEXES.....	243

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Consommation de cannabis en Europe auprès des 15-34 ans au cours des 12 mois précédant l'enquête. Source : ISPA, 2004 - Brochure "Cannabis - État des lieux en Suisse".	15
Figure 2 : Evolution de la consommation de cannabis au cours de la vie en France. Source : INSERM 1993 ; ESPAD 1999 et 2003 - INSERM-OFDT-MJENR.	16
Figure 3 : Pourcentage de consommateurs actuels de cannabis de 15 à 24 ans d'après l'Enquête Suisse sur la Santé, 1992, 1997 et 2002 selon le sexe. Source: Office Fédérale de la Statistique, 2005.	17
Figure 4 : Consommation de cannabis chez les adolescents de 15 ans en Suisse. Source : ISPA, 2006.	18
Figure 5 : Jeunes quittant prématurément l'école en Suisse, de 1996 à 2006. Pourcentage de jeunes âgés de 18 à 24 ans sans formation post-obligatoire. Source : Enquête suisse sur la population active (ESPA) Office Fédéral de la Statistique.	47
Figure 6 : Jeunes quittant prématurément l'école, comparaison internationale, 2005. Pourcentage de jeunes âgés de 18 à 24 ans sans formation post-obligatoire. Sources : Eurostat, Enquêtes européennes sur les forces de travail (EFT - Enquête suisse sur la population active (ESPA) Office Fédéral de la Statistique.	47
Figure 7 : Distribution des sujets en fonction de l'âge.	94
Figure 8 : Distribution des sujets en fonction de l'âge et du sexe.	94
Figure 9 : Distribution des sujets selon leur âge de début de la consommation de cannabis (N = 89).	97
Figure 10 : Relation entre le début de la consommation et la première rupture scolaire (N = 100).	98
Figure 11 : Dernier niveau de scolarité accompli (N = 100).	99
Figure 12 : Nombre de changements d'école (N = 100).	100
Figure 13 : nombre de redoublements (N = 100).	100
Figure 14 : Nombre de ruptures avec la scolarité ou formation professionnelle (N = 100).	101

Figure 15 : Modalité de la rupture scolaire ou de formation professionnelle (N = 100).....	102
Figure 16 : Niveau scolaire lors de la première rupture (N = 100).....	102
Figure 17 : Type de la première intervention de soin reçu (N = 100).....	104
Figure 18 : Niveau scolaire de la première intervention de soins (N = 100).....	105
Figure 19 : Nombre d'interventions de type psychologique répertoriées dans les dossiers (N = 100).....	107
Figure 20 : Nombre d'interventions de soin répertoriées dans les dossiers (N = 100).....	107
Figure 21 : Groupe 1 « <i>late soft</i> » (N = 48).....	115
Figure 22 : Groupe 2 « <i>late heavy</i> » (N = 22).....	115
Figure 23 : Groupe 3 « <i>earlier soft</i> » (N = 19).....	116
Figure 24 : Groupe 4 « <i>earlier heavy</i> » (N = 11).....	116
Figure 25 : Illustration de la problématique de l'Etude II.....	130
Figure 26 : Gravité de la consommation de <i>cannabis</i> , groupes C (N = 50) et NC (N = 60)..	142
Figure 27 : Scores de gravité pour les deux groupes, groupe C (N = 50) et groupe NC (N = 60).....	145
Figure 28 : Régression pour les deux groupes C et NC rassemblés (N= 110).....	153
Figure 29 : Régression, groupe C (N= 50).....	154
Figure 30 : Régression, groupe NC (N= 60).....	155
Figure 31 : Distribution des scores pour l'indice du modèle d'attachement <i>sécuré</i> (N = 49).....	157
Figure 32 : Distribution des scores pour l'indice du modèle d'attachement <i>insécuré détaché</i> (N = 49).....	157
Figure 33 : Distribution des scores pour l'indice du modèle d'attachement <i>insécuré préoccupé</i> N = 49.....	157
Figure 34 : Distribution des modèles internes d'attachement dans la population clinique (N = 49) et les populations tout-venants.....	159
Figure 35 : M et (SD) des quatre liens sociaux pour les adolescents <i>sécuré</i> et <i>insécuré</i>	160
Figure 36 : Modération de la variable <i>sécuré</i> dans le lien entre <i>pairs</i> et <i>cannabis</i> (N = 49).	163

Figure 37 : Problématique de l'Etude III.....	175
Figure 38 : Composition des groupes : Clinique / Non Clinique et Dépendants / Non Dépendants.....	192
Figure 39 : Modèle d'équation structurale.....	212

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Types de consommation de cannabis (Marcelli & Braconnier, 2000).....	23
Tableau 2 : Personnes partageant le lieu de vie avec l'adolescent (N = 100).	95
Tableau 3 : Provenance des sujets et institutions partenaires (N = 100).....	95
Tableau 4 : Nationalités des adolescents (N = 100).....	96
Tableau 5 : Durée de la période de rupture entre l'arrêt et l'admission au CPPA (N = 100). 103	
Tableau 6 : Configuration des 4 groupes issus de l'analyse en clusters.....	113
Tableau 7 : Distribution selon le sexe et l'âge des adolescents pour les 4 groupes issus de l'analyse en clusters.	117
Tableau 8 : Moyennes de l'âge du début de la consommation pour les 4 groupes.....	117
Tableau 9 : Distribution des adolescents des 4 groupes selon leur consommation actuelle. .	118
Tableau 10 : Distribution des adolescents des 4 groupes selon leur composition familiale ..	118
Tableau 11 : Distribution des adolescents des groupes earlier et late selon leur composition familiale.....	119
Tableau 12 : Distribution des adolescents des groupes <i>soft</i> et <i>heavy</i> selon leur composition familiale.....	119
Tableau 13 : Distribution des adolescents des 4 groupes selon l'âge de la première rupture scolaire.	119
Tableau 14 : Distribution des adolescents des 4 groupes selon le type de rupture scolaire. .	120
Tableau 15 : Résumé des variables et mesures de l'Etude II.....	139
Tableau 16 : Scores de gravité de la consommation de <i>cannabis</i> , groupes C et NC.....	140
Tableau 17 : M et SD de la gravité de la consommation de cannabis pour les groupes C et NC.	142
Tableau 18 : Consommation des substances psychoactives.	142
Tableau 19 : Score de gravité de la consommation d'alcool (ADAD).	143

Tableau 20 : Substances dont la consommation est considérée comme problématique (par le sujet lui-même).....	144
Tableau 21 : M et (SD) des domaines évalués par l'ADAD pour le groupe C et le groupe NC	145
Tableau 22 : Relations familiales, comparaisons entre les groupes C et NC.	146
Tableau 23 : Relations avec les pairs, comparaisons entre les groupes C et NC.....	147
Tableau 24 : Qualité des liens avec l'école (dernier mois de scolarité effectuée), comparaisons entre les groupes C et NC.....	148
Tableau 25 : Relation à la loi et délits commis durant les trois derniers mois, comparaisons entre les groupes C et NC.....	149
Tableau 26 : Antécédents psychologiques, comparaisons entre les groupes C et NC.	150
Tableau 27 : corrélations entre les scores de <i>liens sociaux</i> et la gravité de la consommation de <i>cannabis</i> pour l'ensemble de la population (groupe C et groupe NC) (N = 110).	152
Tableau 28 : Corrélations des scores de gravité de <i>cannabis</i> et liens sociaux pour les groupes C et NC séparément (Corrélations de Pearson).....	152
Tableau 29 : Distribution des modèles internes d'attachement	158
Tableau 30 : M et (SD) des quatre liens sociaux pour les adolescents <i>sécurés</i> et <i>insécurés</i> ...	160
Tableau 31 : Descriptif des moyennes du score de gravité de cannabis pour les sujets <i>sécurés</i> et <i>insécurés</i> (N = 49).....	161
Tableau 32 : Alphas de Cronbach et corrélations entre les items et le score total.....	179
Tableau 33 : Instruments et mesures de l'étude III.	180
Tableau 34 : Distribution des sujets selon le diagnostic de dépendance au <i>cannabis</i> pour les groupes C (N = 50) et NC (N = 60).	183
Tableau 35 : Distribution des sujets des groupes D et ND selon âge et sexe.	183
Tableau 36 : M et SD pour les deux mesures d'anxiété des sujets des groupes C et NC.	184
Tableau 37 : Moyennes des filles et garçons pour les groupes C et NC et moyennes de référence.	184

Tableau 38 : Moyennes de référence (STAI).....	184
Tableau 39 : M et SD de <i>anxiété-TRAIT</i> et <i>anxiété-ETAT</i> pour les groupes D et ND.	185
Tableau 40 : M et SD des stratégies utilisées par les sujets du groupe C (N = 50)	186
Tableau 41 : M et SD des stratégies utilisées par les sujets du groupe NC (N= 60).....	187
Tableau 42 : stratégies les plus utilisées pour les sujets Dépendants D (N = 38).....	188
Tableau 43 : stratégies les plus utilisées pour les sujets Non dépendants ND (N = 72)	188
Tableau 44 : M et SD des 3 types stratégies de <i>coping</i> pour les groupes C et NC.....	188
Tableau 45 : M et SD de chaque domaine pour chaque type de stratégie dans les groupes C et NC.....	189
Tableau 46 : M et SD des 3 types de stratégies de <i>coping</i> pour les sujets D et les sujets ND.	189
Tableau 47 : corrélation entre l’anxiété et la gravité de la consommation de <i>cannabis</i> , groupe C.....	190
Tableau 48 : corrélation entre <i>anxiété</i> et la gravité de la consommation de <i>cannabis</i> , groupe NC.....	190
Tableau 49 : corrélations entre les trois types de <i>coping</i> et la gravité du <i>cannabis</i> Groupe <i>Clinique</i> , N = 50.	194
Tableau 50 : corrélations entre les trois types de <i>coping</i> et la gravité du <i>cannabis</i> Groupe <i>non</i> <i>Clinique</i> , N = 60.	194
Tableau 51 : corrélations entre les trois types de <i>coping</i> et la gravité de la consommation de <i>cannabis</i> pour l’ensemble des sujets, N = 110.	194
Tableau 52 : M et SD pour les trois types de coping dans les groupes Clinique et Non Clinique, avec distinction des sujets <i>Dépendants</i> et <i>non Dépendants</i>	196
Tableau 53 : Prédiction du statut de dépendance à partir de l’anxiété, du <i>coping</i> et la qualité des liens sociaux	207
Tableau 54 : Régression logistique	207
Tableau 55 : Régression logistique avec 3 variables principales.....	209

CHAPITRE I

PROBLEMATIQUE GENERALE

Le *cannabis* est la substance psychoactive illégale la plus consommée par les adolescents dans le monde occidental (Coffey, Carlin, Degenhardt, Lynskey, Sanci, & Patton, 2002 ; ISPA, 2004 ; Lynskey, Grant, Nelson, Bucholz, Madden, Stathan, *et al.*, 2006 ; Rey, Martin, & Krabman, 2004). Aujourd'hui ce phénomène ne peut plus être considéré comme un phénomène isolé relevant de la seule préoccupation des professionnels s'occupant des toxicomanies, car il concerne désormais beaucoup d'autres acteurs sociaux (psychologues, médecins, enseignants, éducateurs, parents, journalistes, politiciens).

La consommation de *cannabis* est devenue courante pour des individus issus de tous les milieux sociaux et culturels. Elle est parfois même banalisée par beaucoup d'adolescents, au même titre que l'initiation à la consommation d'alcool ou à la pratique de certains sports à risque (Hüsler, Plancherel, & Werlen, 2005 ; Michel, 2001). Il s'avère impératif pour les professionnels de la santé, et en particulier les cliniciens de l'adolescence, de mieux connaître cette problématique, afin de mettre en place des modèles de prévention et des modes d'intervention thérapeutiques ajustés et efficaces.

Certes, beaucoup d'adolescents consomment cette substance de manière occasionnelle, sans que cela ait d'incidences majeures sur leur développement, mais d'autres en consomment de manière régulière cherchant à être sous l'effet de cette substance le plus souvent et le plus longtemps possible. Ces derniers présentent alors les caractéristiques d'une pathologie de dépendance. La consommation et la dépendance au *cannabis* ont été abordées selon différents angles. Dans le but de mesurer l'impact de ce comportement sur l'ensemble d'une population donnée, des études épidémiologiques ont été réalisées dans de nombreux pays (ISPA, 2004, 2006 ; OEDT, 2003). D'autres études se sont intéressées à évaluer l'incidence de la consommation de cannabis sur la santé et l'intégration sociale des individus¹. Bien que la

¹ Ces études seront présentées au cours de ce travail.

dépendance au *cannabis* ait fait l'objet de multiples recherches dans ces dernières décennies, peu de travaux ont été consacrés à la clarification des processus qui mènent un adolescent à devenir dépendant à cette substance en prenant en compte le caractère multifactoriel de ce phénomène.

L'expérience clinique au sein d'un centre de jour pour adolescents (CPPA)² en rupture scolaire ou de formation montre que ces adolescents, souvent consommateurs de *cannabis* et pour un grand nombre d'entre eux dépendants à cette substance, connaissent également un *parcours de vie* chaotique ainsi qu'une situation de crise qui affaiblit les liens qu'ils entretiennent avec leur entourage social. En effet, les liens avec la *famille*, les *pairs* et *l'école* sont souvent très conflictuels et parfois complètement rompus. L'accès à une population clinique telle que celle-ci, ainsi qu'à une population d'adolescents scolarisés qui ont pu à priori, maintenir une configuration stable des *liens sociaux*, représente une opportunité pour réaliser des comparaisons entre des sujets dépendants et non dépendants au *cannabis* ainsi qu'entre des sujets en rupture de *liens sociaux* et des adolescents intégrés socialement.

Dans la présente recherche, la dépendance au *cannabis* chez l'adolescent est étudiée dans une perspective multifactorielle, en relation au parcours développemental de l'individu et à la qualité des *liens* qu'il établit avec son entourage social. Pour mieux comprendre les raisons qui mènent un adolescent à une consommation pathologique de cette substance, il est en effet important de tenir compte de sa trajectoire de vie ainsi que des éléments qui font partie de sa problématique actuelle. Dans ce sens, il nous semble important d'évaluer la qualité des *liens* qu'il établit avec son entourage, les représentations internes des premiers liens (*modèles internes d'attachement*) et leur impact sur la problématique de la dépendance au *cannabis*. Enfin, une évaluation de *l'anxiété* ainsi que la gestion de celle-ci à travers les stratégies de *coping* ont été effectuées dans le but de mieux comprendre la part active du sujet dans l'établissement de ce comportement pathologique. Nous proposons de passer en revue la

² Le Centre psychopédagogique pour adolescents de l'Association Païdos (CPPA), Genève propose, après une phase d'évaluation psychologique (individuelle et familiale), un suivi psychologique individuel autour de la problématique de la rupture scolaire et des liens sociaux. Les adolescents bénéficient également d'une prise en charge psychopédagogique visant à l'élaboration d'un projet de réinsertion scolaire ou professionnelle. La prise en charge comporte aussi un suivi pédagogique sous forme de différents ateliers, par exemple, la réalisation d'un autoportrait audio-visuel. La participation aux activités du Centre va de 2 à 5 demi-journées par semaine. Les prises en charge ont une durée de 2 à 14 mois, avec une durée moyenne est de 8 mois.

littérature existante à propos de la problématique qui nous occupe en l'organisant en 4 parties:

1. Le cannabis.
2. Le parcours développemental et les liens sociaux.
3. Les modèles internes d'attachement.
4. L'anxiété et le coping.

CHAPITRE II

LE CANNABIS

Il existe un intérêt grandissant de la part des chercheurs pour la consommation de cette substance psychoactive autrefois considérée comme une drogue « douce » et inoffensive. Jusque dans les années quatre-vingt, cette substance était de manière générale, considérée comme n'ayant pas d'impact majeur sur la santé et le développement des adolescents. Aujourd'hui, cette consommation s'est largement répandue chez les adolescents des pays occidentaux, suscitant de nouvelles interrogations quant à l'impact de ce comportement sur la société en général ainsi que sur le développement des adolescents en particulier.

1. Le cannabis : substance psychoactive

Le « cannabis sativa » est une plante originaire d'Asie Centrale, aujourd'hui cultivée sur tous les continents. Il en existe plusieurs centaines de catégories botaniques. Certaines d'entre elles sont cultivées pour leur utilisation en tant que drogue psychoactive, soit sous forme d'herbe soit sous forme de résine : le « haschich ». La substance psychoactive contenue par la plante est le delta9-tetrahydrocannabinol (THC). Le THC est présent principalement dans le pollen des fleurs de la plante et dans une moindre mesure, dans les feuilles (DSM IV TR, 2003).

Au cours des vingt dernières années, différents types de modifications ont été apportés aux plantes de cannabis, ayant comme effet principal l'augmentation jusqu'à dix fois de leur concentration en THC, entraînant des niveaux d'intoxication nettement plus élevés chez les usagers (DSM IV TR, 2003 ; ISPA, 2004).

2. Modes de consommation

Les modes de consommation de cette substance sont multiples, mais peuvent être regroupé en deux formes : l'inhalation et l'ingestion. L'inhalation induit une résorption rapide du THC par les voies respiratoires et se fait en fumant les feuilles (pures ou mélangées à du tabac) roulées

dans du papier à cigarette (« joint »), dans des pipes ou des pipes à eau. Presque la moitié des utilisateurs évoque une consommation autre que celle sous forme de joints, en utilisant en particulier des pipes à eau (ISPA, 2006). Le THC peut également être ingéré dans des boissons (thés, tisanes, mélangées avec du lait ou de l'alcool) ou des mets (gâteaux, confitures, bonbons, yaourts) qui ralentissent la résorption du produit, et prolongent l'effet stupéfiant (la durée peut être alors de 24h, contre quelques heures pour l'inhalation) (Croquette-Krokar, 2003 ; ISPA, 2004).

3. Effets de la consommation de cannabis à court terme

3.1. Effets physiologiques et utilisation médicale du cannabis

Le cannabis intervient dans le système nerveux central en modifiant la transmission synaptique. Lorsque cette substance est consommée, elle se lie à des récepteurs neuronaux appelés cannabinoïdes qui sont de deux types, CB1 et CB2. Les premiers se trouvent dans le système nerveux central comme dans le système périphérique, les deuxièmes sont davantage localisés dans le système périphérique (Tassin, 2004 ; DSM IV TR, 2003). Ces récepteurs placés sur les corps cellulaires des neurones récepteurs (mais également sur la partie pré-synaptique des neurones émetteurs) exercent un rôle de régulation de la libération des neurotransmetteurs (Iversen, 2005). La molécule de THC régule la libération d'un grand nombre de neurotransmetteurs (dans le sens d'une diminution), notamment du neurotransmetteur Gaba (acide gaba-amino-butyrique), impliqué dans le système dopaminergique. La dopamine est un neurotransmetteur libéré de manière importante dans la physiologie de la dépendance à la cocaïne ou à l'héroïne (Iversen, 2005). Il existe d'autres molécules actives dans le cannabis, chimiquement semblable au THC, mais celles-ci se lient moins bien aux récepteurs cannabinoïdes. L'une des structures cérébrales impliquée dans ce phénomène est le noyau « accumbens », structure considérée comme une interface entre les processus affectifs, cognitifs et moteurs. En effet, l'augmentation légère de la libération de dopamine, aurait un impact sur la focalisation ou l'attention, l'affectivité et la motricité (Tassin, 2004).

La substance agit également au niveau des vaisseaux sanguins avec un effet de vasodilatation, provoquant des modifications du rythme cardiaque (Adams & Martin, 1996 ; Schaub & Stohler, 2006) et un effet analgésique, agissant sur le système central (Schaub & Stohler, 2006 ; Smith, Cichewicz, Martin, & Wech, 1998). Les signes physiques externes signalés dans la littérature sont : une coloration rouge des yeux et lors d'une consommation à hautes doses, une détérioration de la coordination motrice (Butters, 2001).

Les effets thérapeutiques du cannabis sont connus depuis de nombreuses années. On observe cependant, depuis la moitié du XX^{ème} siècle, un déclin de son utilisation à des fins médicinales. Ce phénomène est attribuable principalement aux lacunes dans la normalisation des préparations, aux variances de composition, ainsi qu'au dosage incertain, à l'instabilité des produits et à la supériorité clinique des nouveaux médicaments. Toutefois, l'isolement du THC, la détermination de ses molécules réceptrices dans le cerveau et d'autres tissus, ainsi que la possibilité d'en synthétiser les dérivés avec une plus grande sélectivité d'action ont ravivé l'intérêt à l'égard des usages thérapeutiques du cannabis (Chong, Wolff, Wise, Tanton, Winstock, & Silber, 2006 ; Kalant, 2001 ; Schaub & Stohler, 2006).

Aujourd'hui, cette substance est utilisée principalement comme anti-spasmodique dans des cas de scléroses multiples (Chong *et al.*, 2006 ; Consroe, 1998), anti-vomitif chez des malades du cancer (Meiri, Jhangiani, Vredenburg, Barbato, Yang, Li, *et al.*, 2005), réducteur de la pression intra-oculaire et amélioration de la circulation sanguine dans la rétine pour des cas de glaucomes (Plange, Arrend, Kaup, Doehmn, & Adams, 2007) ou encore comme anti-douleur chez des patients atteints du SIDA (Abrams, Jay, Shade, Vizoso, Reda, Press *et al.*, 2007). Les cannabinoïdes réduisent également l'anxiété et améliorent le sommeil (Robson, 2001). S'il n'existe pas de risques mortels de la consommation, les effets secondaires restent néanmoins importants (ralentissements et difficultés motrices, diminution de la pression artérielle, augmentation du rythme cardiaque, assèchement de la bouche) (*ibid.*).

Le THC est généralement administré par voie orale, mais pour les patients qui y réagissent mal ou en phase terminale de maladie, l'inhalation de fumée de cannabis peut être efficace, bien que peu recommandée en raison de ses effets secondaires (Kalant, 2001).

3.2. Effets psychologiques

Sur le plan psychologique, le cannabis provoque des effets combinés de stimulation et d'inhibition (Iversen, 2000). Quand cette substance est consommée de manière ponctuelle, différents effets psychologiques ont été décrits (ISPA, 2006) :

- une modification de l'état de conscience,
- une perception exacerbée de la lumière et de la musique,
- une grande faculté d'association, accompagnée d'un besoin irrésistible de parler et de rire,
- une sensation d'euphorie et de désinhibition,
- des sensations agréables de détente, de légèreté, de bien-être,
- un sentiment de communauté,
- une conscience accrue de soi,
- une modification de la perception du temps,
- un sentiment de quiétude,
- une motricité ralentie,
- de l'indifférence et du détachement vis-à-vis de l'environnement et, lors de surdoses, des états occasionnels et atypiques de désorientation, de confusion, d'angoisse, de panique et de délire (ISPA, 2006).

4. Effets psychologiques de la consommation à long terme

Des études réalisées auprès de consommateurs réguliers (consommation à long terme et souvent à haute dose) montrent que le cannabis déclenche une inhibition importante, pouvant même provoquer un état d'inactivité pathologique, appelée par certains auteurs « syndrome d'amotivation » (Lynskey & Hall, 2000 ; Perkonig, Lieb, Hofler, Schuster, Sonntag, & Wittchen, 1999). Ce syndrome se caractériserait par des symptômes de léthargie, de retrait, d'apathie, de problèmes de mémoire, de concentration et de jugement. Malgré ces effets décrits par plusieurs utilisateurs, d'autres études réalisées n'ont pas trouvé de preuves de l'existence de ce syndrome (Chesher & Hall, 1999 ; Halikas, Weller, Morse, & Shapiro,

1982 ; Hall, Degenhardt, & Lynskey, 2001). En effet, les symptômes décrits ci-dessus ne se retrouvent pas toujours chez les consommateurs réguliers.

Des études investiguant l'impact de la consommation de cette substance sur la cognition mettent en évidence un déficit des performances cognitives chez les consommateurs chroniques (Iversen, 2005 ; Rey *et al.*, 2004). Une revue de la littérature sur les effets de la consommation de cannabis montre qu'il existe un lien entre une consommation à long terme et une dégradation des fonctions cognitives des usagers (Iversen, 2005). Une étude comparant des adolescents de 17 ans, ayant débuté leur consommation très précocement, avec des adolescents du même âge l'ayant commencé plus tard met en évidence une altération importante des performances cognitives des consommateurs précoces, en particulier de leur Quotient Intellectuel verbal qui est significativement inférieur (Pope, Gruber, Hudson, Cohane, Huestis, & Yurgelun-Todd, 2003). Les auteurs notent cependant que ces baisses des fonctions intellectuelles, associées à la quantité de cannabis consommé, s'estompent après un arrêt prolongé de la consommation.

En ce qui concerne les relations sociales, il a été montré que les consommateurs ayant une longue histoire de dépendance à cette substance présentent de nombreuses difficultés à s'intégrer dans un milieu professionnel et réduisent leurs contacts sociaux avec des personnes également dépendantes au cannabis (Hammer & Vaglum, 1990 ; Hüsler *et al.*, 2005 ; Newcomb & Bentler, 1987 ; Ringel, Ellickson, & Collins, 2007). En effet, comme pour la dépendance à d'autres substances chez le jeune adulte, la dépendance au cannabis est souvent associée à un désajustement dans le comportement social, à une réduction des capacités cognitives ce qui entraîne une baisse des performances scolaires (Bray, Zarkin, & Ringwalt, 2000 ; Ellickson, Bui, Bell, & McGuigan, 1998 ; Krohn, Thornberry, Collins-Hall, & Lizotte, 1995 ; Macleod, Oakes, Copello, Crome, Egger, Hickman, *et al.*, 2004). En contrepartie, la diminution de la consommation à l'âge adulte a été associée à une bonne intégration sociale de l'individu, au choix d'un partenaire et à la stabilisation fournie par un travail (Ringel *et al.*, 2007 ; Hammer & Vaglum, 1990 ; Newcomb & Bentler, 1987).

Du point de vue somatique, la consommation à long terme est associée à des difficultés respiratoires, voire un risque de cancer du poumon (Coffey, Lynskey, & Patton, 2000 ; Iversen, 2000 ; Schaub & Stohler, 2006), ainsi qu'à des problèmes cardiaques (ISPA, 2006 ;

Iversen, 2000). La consommation chronique de cannabis a été aussi associée au développement de différents troubles psychopathologiques, notamment des troubles anxieux³ (Buckner, Schmidt, Lang, Small, Schlauch, & Lewinsohn, 2007 ; McGee, Williams, Poulton, & Moffitt, 2000) et dépressifs (Chabrol, Chauchard, & Girabet, 2007) ainsi qu'à la consommation d'autres drogues⁴ (Fergusson, Boden, & Horwood, 2006 ; Kandel & Fust, 1975).

4.1. Consommation de cannabis et consommation d'autres substances psychoactives.

De nombreux travaux ont étudié l'association entre la consommation de cannabis et la consommation d'autres substances psychoactives. Ces travaux ont mis en évidence le fait que la consommation de cannabis pendant l'adolescence induisait par la suite une consommation importante d'autres drogues, voire une poly-consommation (Théorie de la escalade « *Theory of Developmental Stages in Drug Use* » : Kandel & Fust, 1975 ; Kandel, Yamaguchi, & Chen, 1992). Une revue de la littérature sur la consommation de cannabis et la consommation d'autres drogues (Macleod *et al.*, 2004) montre que, bien que cette association existe, il est difficile d'en déterminer le sens de causalité.

Pour certains auteurs, la consommation chronique de *cannabis* dans les premières années de l'adolescence comporte un risque de consommer d'autres drogues. Ces auteurs affirment que la progression débutant par les substances dites « douces » (alcool, tabac, cannabis) jusqu'aux drogues « dures » (héroïne, cocaïne) serait plus probable lorsque la consommation durant les premières années est intense et précoce (Kandel, Yamaguchi, & Klein, 2006 : Kandel, Yamaguchi, & Chen, 1992 ; Robins & Mc Evoy, 1990). Ces études ont développé une théorie selon laquelle le cannabis serait une drogue « *gateway* », ou drogue d'escalade, qui conduirait vers une consommation pathologique ayant des conséquences plus dommageables. Ces questions ont donné lieu à d'autres études, montrant de manière générale que plus une personne débute tôt sa consommation de substances psychoactives (quelle qu'elle soit), plus cette consommation deviendra régulière et plus elle risque de s'élargir à d'autres substances (Kandel & Davies, 1996).

³ Ces liens sont développés dans le chapitre - Anxiété et cannabis.

⁴ L'alcool, le tabac ou même des drogues dites dures comme la cocaïne et l'héroïne. Ce point est traité en profondeur dans le chapitre suivant.

Lynskey, Heaht, Buchholz, Slutske, Madden, *et al.* (2003), en poursuivant cette piste, ont voulu vérifier cette hypothèse chez des individus jumeaux monozygotes. Ils ont montré que lorsque l'un des jumeaux débute sa consommation de cannabis avant l'âge de 17 ans, l'autre est également touché par ce phénomène, ce qui selon les auteurs serait un argument en faveur d'un probable facteur héréditaire dans la précocité de la consommation. Dans le même sens, une étude longitudinale, suivant des sujets de leur naissance jusqu'à l'âge de 25 ans, a permis de montrer l'existence d'une association significative entre la fréquence de consommation du cannabis et la fréquence de consommation d'autres drogues (Fergusson *et al.*, 2006). Dans cette étude, la consommation de cannabis est présentée comme une cause de la consommation d'autres substances. Cependant ces conclusions sont critiquées par d'autres auteurs car elles se basent uniquement sur des associations de fréquences et non sur un effet de causalité entre les produits (Kandel *et al.*, 2006).

Les arguments en faveur de la présence d'un lien causal entre la consommation de cannabis et celle d'autres drogues demeurent donc limités. Certes, les données montrent que la majorité des usagers de cocaïne et d'héroïne ont d'abord consommé du cannabis, cependant, seule une minorité de consommateurs de cannabis essaie d'autres substances psychoactives (Earleywine, 2002). D'autres études ont montré que la consommation de cannabis ne précède pas dans tous les cas l'usage de drogues dures. Elles indiquent en effet que plus d'un tiers des utilisateurs de drogues dures avaient consommé d'autres drogues illicites avant d'essayer le cannabis (Mackesy-Amiti, Fendrich, & Goldstein, 1997). De plus, les différentes études réalisées semblent montrer que ce n'est pas tant la consommation d'une drogue donnée qui mènerait à la consommation d'une autre drogue mais la présence sous-jacente de certaines caractéristiques de la personnalité telles que la prédisposition à des troubles dépressifs ou anxieux (Morral, McCaffrey, & Paddock, 2002 ; Williams, Wellman, & Rawlins, 1996), ou des facteurs de risques en lien avec le contexte social (Butters, 2001 ; Fergusson *et al.*, 2006 ; Hüsler *et al.*, 2005). En effet, certaines recherches soutiennent l'idée que les facteurs sociaux et psychologiques jouent un rôle important. Pour ces auteurs, les maladies physiques graves, les troubles de l'humeur, les pensées suicidaires ainsi que les difficultés relationnelles au sein de la famille et avec les pairs constituent des facteurs de vulnérabilité associés à la consommation de substances psychoactives⁵ (Butters, 2001 ; Chabrol, Chauchard, Mabila,

⁵ Ces facteurs seront approfondis dans le chapitre « Parcours développementale et liens sociaux ».

Mantoulan, Adèle, & Rousseau, 2006 ; Degenhardt, Hall, & Lynskey, 2003a ; Hüsler *et al.*, 2005 ; Laure, Binsinger, Aubard, & Girault, 2005).

Il n'existe donc pas de preuves concluantes indiquant que le cannabis provoque chez l'être humain des changements physiologiques menant à la consommation d'autres psychotropes. Certaines données épidémiologiques le confirment : selon l'enquête menée par l'ISPA en 2004, 90% des consommateurs de cannabis (bien qu'ils consomment parfois aussi de l'alcool et du tabac) ne consomment pas d'autres substances illégales.

4.2. Cannabis, tabac et alcool

L'association entre cannabis et alcool est documentée par plusieurs recherches. Une étude épidémiologique réalisée en France montre que la consommation de cannabis est souvent associée à la consommation d'alcool et de tabac (Choquet, Ledoux, & Hassler, 2002). De manière générale, prendre régulièrement une des trois substances augmente la probabilité d'en consommer une autre. Dans cette étude, les jeunes qui ont été ivres au moins trois fois durant les trente derniers jours, sont non seulement plus souvent consommateurs réguliers d'alcool, mais aussi plus fréquemment consommateurs réguliers de tabac et de cannabis que ceux qui ne se sont pas ou peu enivrés (*ibid.*).

Larson, Csikszentmihalyi, & Freeman (1992) ont mis sur pied une recherche auprès d'adolescents consommateurs d'alcool et de cannabis, ayant comme but d'évaluer la consommation quotidienne et la relation de celle-ci avec les événements vécus au long de la journée. Les chercheurs contactaient les adolescents plusieurs fois par jour afin d'avoir des mesures directes sur leur consommation et les contextes dans lesquelles elle se déroule. Ils ont trouvé que la consommation de ces deux substances est en relation avec la gestion des émotions et les changements d'états cognitifs. Par contre, ils signalent des différences quant au contexte de consommation. Le cannabis est davantage consommé de manière individuelle, pendant les jours de la semaine et durant les horaires scolaires. La consommation d'alcool est, par contre, plus souvent associée à des activités groupales, généralement le week-end (*ibid.*). D'autres études récentes, se centrant sur la consommation quotidienne de substances chez les adolescents, montrent plutôt que l'alcool et le cannabis sont souvent consommés de manière simultanée (Patton, Coffey, Lynskey, Reid, Hemphull, Carlin, *et al.*, 2007). Les auteurs ont suivi 1943 adolescents de 14 ans jusqu'à 24 ans. Les résultats montrent que la consommation

chronique d'une substance est associée à une tendance à consommer l'autre substance (*ibid.*).

Une étude longitudinale réalisée en Suisse Romande auprès de 102 adolescents consommateurs de substances psychoactives (Bolognini, Plancherel, Chinet, Rossier, Cascone, & Bernard, 2002) met en évidence que 92% de ces sujets consomment du cannabis, souvent associé à la consommation d'autres drogues comme l'alcool. L'évaluation multidimensionnelle effectuée à l'aide du questionnaire ADAD⁶ (Bolognini, Plancherel, Laget, Chinet, Rossier, Cascone, *et al.*, 2001) montre que la consommation de cannabis de la population suivie s'inscrit dans une problématique plus globale, impliquant (comme pour la consommation d'alcool), d'autres aspects de la vie des adolescents : difficultés avec la famille, les pairs, ainsi que sur le plan psychologique.

Certaines enquêtes se sont intéressées à l'association entre le cannabis et le tabac (Keller, Weimer-Hablitzel, Kaluza, & Basler *et al.*, 2002 ; Timberlake, Haberstick, Hopfer, Bricker, Sakai, Lessem, *et al.*, 2006), révélant que 81 % des fumeurs réguliers de tabac et 69 % des fumeurs occasionnels (ou ex-fumeurs) ont déjà consommé au moins une fois du cannabis dans leur vie. Il est à signaler que le mode de consommation de cannabis le plus courant est le mélange de feuilles de cannabis avec les feuilles de tabac ou le mélange de la résine de cannabis (haschich) avec des feuilles de tabac.

4.3. Cannabis et psychoses débutantes.

Un certain nombre d'études sont consacrées aux effets liés aux hallucinations, aux attaques de panique ou à des décompensations psychotiques lors de consommation à hautes doses (Curtis, Rey-Bellet, & Merlo, 2006 ; Degenhardt, 2002 ; Degenhardt, Hall, & Lynskey, 2003b ; Merlo, Rey-Bellet, & Ferrero, 2003 ; Williams *et al.*, 1996). Ces études ont montré qu'une consommation soutenue pouvait déclencher des symptômes en lien avec des troubles psychologiques (troubles de l'humeur, troubles anxieux) et augmenter les risques d'une désorganisation psychotique.

La psychose est un trouble psychiatrique qui entraîne une altération du lien à la réalité extérieure, souvent débutant durant l'adolescence. Une étude suisse met en évidence les

⁶ Questionnaire également utilisé dans la présente recherche, décrit en détail dans l'Etude II.

conséquences de la prise de cannabis au niveau neurobiologique, ses conséquences sur la psychose débutante et son évolution (Merlo *et al.*, 2003). Cette étude montre que l'action stimulante du cannabis sur les voies mésolimbiques dopaminergiques, engendre certains troubles cognitifs (attention, mémoire notamment) semblables à ceux observés dans la phase prodromique de la psychose. De plus, la consommation de cannabis provoque une aggravation des symptômes psychotiques, une augmentation du risque de développer un trouble psychotique ainsi qu'une plus grande difficulté à participer à des programmes de traitement (Curtis *et al.*, 2006). D'autres travaux mettent en évidence cette relation. En effet, Johns (2001) trouve qu'une consommation massive de cannabis représente un facteur de risque de développement de symptômes psychotiques. D'un point de vue biologique, il a été montré chez l'animal que les substances cannabinoïdes interfèrent avec le système dopaminergique dont la perturbation est impliquée dans la pathogenèse de la schizophrénie (Leweke, Gerth, & Klosterkotter, 2004).

D'autre part, pour certains auteurs, il existerait une vulnérabilité génétique prédisposant le sujet à développer une consommation de cannabis, ceci en relation à la fonction du gène appelé catechol-O-méthyltransferase, gène impliqué dans le processus de métabolisation de la dopamine et dans le développement de symptômes schizoïdes (Caspi, Moffitt, Cameron, McClay, Murray, Harrington, *et al.*, 2005). En ce qui concerne la recherche en psychologie, une relation entre les dimensions de la personnalité et la consommation de cannabis a pu être proposée. Ainsi, des sujets présentant des traits schizotypiques, borderlines ou psychotiques consomment plus souvent du cannabis. De plus, les traits schizotypiques ont été identifiés, dans une recherche auprès de jeunes adultes, comme le meilleur facteur de discrimination entre consommateurs et non-consommateurs de cannabis (Williams *et al.*, 1996). Les facteurs de précocité et d'importance de la consommation semblent jouer un rôle majeur dans l'augmentation du risque de développement d'une schizophrénie. Néanmoins, ce rôle est comparable à celui impliqué dans le risque de dépression, de comportement suicidaire et de psychoses en général (Ashton, 2002 ; Rey *et al.*, 2004).

Même s'il est admis par de nombreux auteurs qu'une consommation de cannabis exacerbe et augmente la présence de symptômes psychotiques (Ashton, 2002 ; Curtis *et al.*, 2006 ; Hall, 2006 ; Fergusson, Horwood, & Swain-Campbell, 2003 ; Rey *et al.*, 2004 ; Smit, Bolier, & Cuijpers, 2004 ; Williams *et al.*, 1996), il semble qu'il s'agit plutôt d'un facteur aggravant la vulnérabilité du sujet. Il est important de signaler que l'augmentation de la consommation de cannabis durant ces trente dernières années n'a pas entraîné pour autant une augmentation de

la prévalence de la schizophrénie. On ne peut donc pas conclure que la consommation de cannabis est une cause de schizophrénie qui ne se serait pas développée s'il n'y avait pas eu de consommation (Hall, Degenhardt, & Teeson., 2004).

5. Données épidémiologiques sur la consommation de cannabis

La consommation de *cannabis* est en augmentation dans l'ensemble des pays européens (Choquet, 2004 ; ISPA, 2005 ; OEDT, 2003), ainsi qu'aux USA (Hall *et al.*, 2006 ; Rey *et al.* 2004). En effet, il s'agit de la substance psychoactive illégale la plus consommée dans les pays occidentaux (Coffey *et al.*, 2002 ; Hall *et al.*, 2006 ; ISPA, 2006 ; Teeson, Lynskey, Manor, & Baillie, 2002 ; Zimmer & Morgan, 2000). La littérature montre que, même si la fréquence de cette consommation tend à diminuer à partir de l'âge de 25 ans (Lynskey *et al.*, 2006; Perkonigg *et al.*, 1999), elle débute de plus en plus tôt et touche particulièrement les adolescents (Hall *et al.*, 2006 ; Fergusson *et al.*, 2002 ; Young, Corley, Stallings, Rhee, & Crowley-Hewitt, 2002 ; Swift, Copeland, & Hall, 1998). Aujourd'hui, la consommation de *cannabis* constitue une préoccupation grandissante pour les organismes de santé publique de la plupart des pays occidentaux, notamment en Europe.

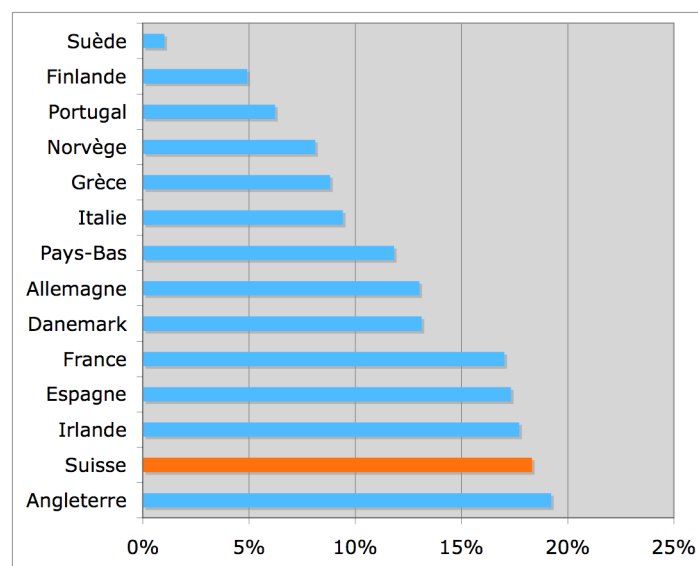


Figure 1 : Consommation de cannabis en Europe auprès des 15-34 ans au cours des 12 mois précédant l'enquête. Source : ISPA, 2004 - Brochure "Cannabis - État des lieux en Suisse".

En France, plusieurs enquêtes nationales sur la consommation de substances ont été menées ces dix dernières années⁷ (Choquet, 2004). Ces enquêtes ont été réalisées auprès de larges populations comprenant 1000 à 1200 adolescents scolarisés (école secondaire). Elles mettent en évidence le fait que la consommation de cannabis a considérablement augmenté et que son usage s'est banalisé. Parmi les adolescents de 18 ans, le pourcentage correspondant aux sujets ayant consommé au moins une fois du cannabis est passé de 26 % en 1993 à 59 % en 2003. En ce qui concerne les adolescents plus jeunes (14-15 ans), la proportion de ceux qui ont goûté au moins une fois la substance est passée de 7 % en 1993 à 21 % en 2003. La consommation des garçons est dans tous les cas légèrement plus élevée que celle des filles. Le pourcentage des consommateurs réguliers⁸ chez les 14-15 ans est passé de 0.5% en 1993 à 4,4% en 2003 ; parmi les 16 -17 ans, de 5,5 % au cours du même intervalle.

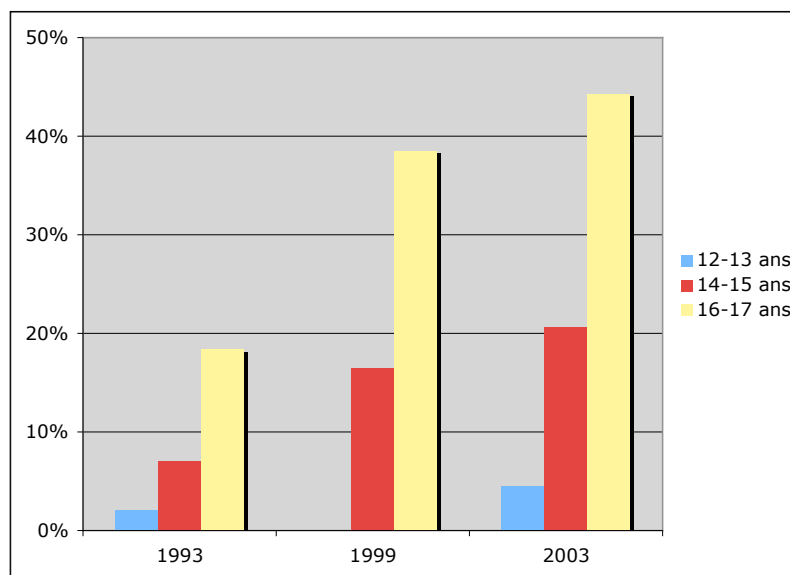


Figure 2 : Evolution de la consommation de cannabis au cours de la vie en France. Source : INSERM 1993 ; ESPAD 1999 et 2003 - INSERM-OFDT-MJENR.

Pour ce qu'il en est des données épidémiologiques en Suisse, la consommation de cannabis montre également une augmentation importante au cours des deux dernières décennies. En considérant les tendances de l'évolution à long terme, le taux actuel de consommation de cannabis rejoint, après un pic en 2002, celui de 1998. En effet, la tendance continuellement à

⁷ Une enquête a été réalisée en 1993 par l'INSERM, (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), une autre réalisée en 1999 par l'ESPAD, (European Study Project on Alcohol and Other Drugs), en collaboration avec l'OFDT, (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies). Ces deux derniers organismes ont réalisé une nouvelle enquête en 2003.

⁸ Les enquêteurs considèrent une consommation « régulière » lorsque celle-ci dépasse 10 prises au cours des 12 derniers mois (Choquet, 2004).

la hausse à partir de 1986 s'est stabilisée ces 3 dernières années (ISPA, 2006). D'après les données des enquêtes suisses sur la santé (ESS) réalisées en 1992/93 et en 1997, cette augmentation du nombre de consommateurs de *cannabis* s'accompagne d'une chute de l'âge auquel débute cette consommation, âge qui se situe désormais en-dessous de 16 ans (Müller & Gmel, 2002).

Selon les études réalisées en 2003 par l'Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et Autres Toxicomanies, 225 000 personnes consomment actuellement du cannabis, représentant 4.7 % de la population suisse âgée de 15 à 64 ans (ISPA, 2004). La consommation actuelle (12 mois précédents l'enquête) est nettement plus élevée chez les hommes (6.6 %) que chez les femmes (2.9 %). Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 12 % d'entre eux affirment consommer du cannabis régulièrement. Ceux-ci représentent le double des consommateurs recensés en 1992 pour la même tranche d'âge.

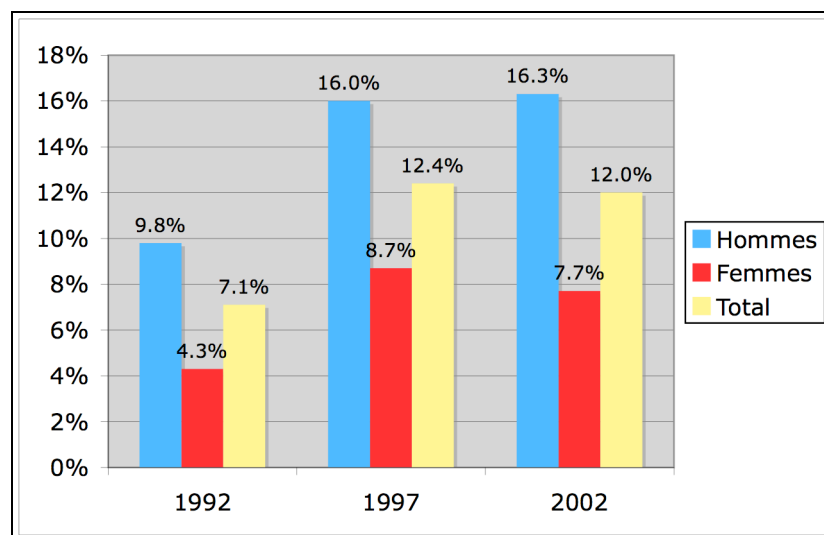


Figure 3 : Pourcentage de consommateurs actuels de cannabis de 15 à 24 ans d'après l'Enquête Suisse sur la Santé, 1992, 1997 et 2002 selon le sexe. Source: Office Fédéral de la Statistique, 2005.

Selon la même enquête, réalisée en 2003, environ 44% des adolescents entre 15 et 18 ans et environ 59% des jeunes adultes de 19 à 24 ans déclarent avoir eu au moins une expérience avec cette drogue. Parmi les individus entre 15 et 18 ans, 12 % se définissent eux-mêmes comme « consommateur de cannabis » (ayant consommée plusieurs fois lors de 12 mois précédent l'enquête) et environ un tiers d'entre eux en consomme encore au moment de l'enquête (ISPA, 2004). Selon une autre enquête réalisée la même année sur les comportements de santé des écolières et des écoliers (Schmid, Delgrande Jordan, Kuntsche, & Kuendig, 2003), comparativement aux années précédentes, les jeunes (de 15-16 ans) ayant

consommé au moins une fois du *cannabis* sont plus nombreux. De la même manière, le groupe de jeunes consommant actuellement et de manière répétée a fortement augmenté. Cependant, la proportion de jeunes n'en ayant pris qu'une seule fois est demeurée pratiquement constante.

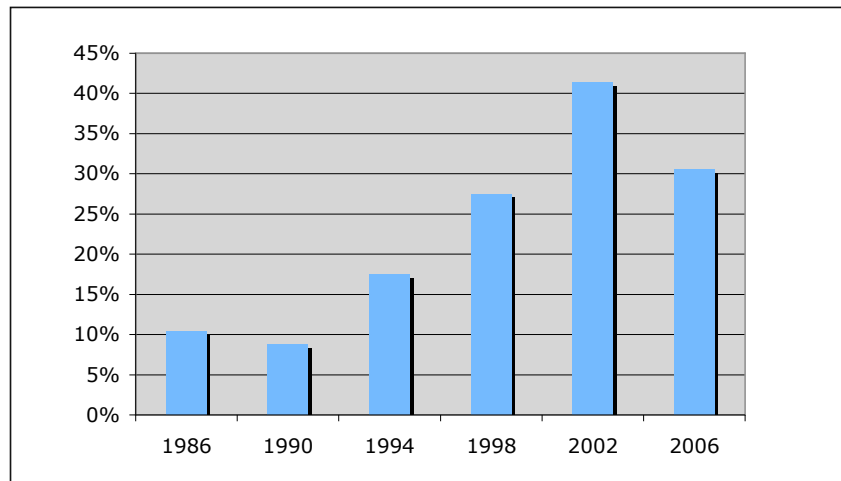


Figure 4 : Consommation de cannabis chez les adolescents de 15 ans en Suisse. Source : ISPA, 2006.

Les données actuelles (ISPA, 2006) montrent que le nombre d'adolescents qui ont goûté au moins une fois à cette substance diminue légèrement. En effet, en 2006, 31,5 % des adolescents de 15 ans déclarent avoir eu au moins une expérience avec le cannabis (34% des garçons et 27% des filles). Pour beaucoup d'entre eux, il s'agit juste d'un essai et ils abandonnent ensuite toute consommation. Les adolescents de 15 ans affirmant avoir consommé 40 fois ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête représentent 5% des garçons et 2,6% des filles. En considérant les tendances de l'évolution à long terme, le taux actuel de consommation de cannabis rejoint, après un pic en 2002, celui de 1998. La tendance continuellement à la hausse à partir de 1986 semble reculer. Les auteurs du rapport pensent que différents facteurs expliquent cet effet. La sensibilisation de la population au moyen de campagnes de prévention semble être au centre de ce changement.

Toutefois, malgré cette tendance positive, il y a encore environ 10'000 adolescents de 15 ans qui fument chaque jour en Suisse. Les études montrent que, certains de ces adolescents continueront de fumer à l'âge adulte alors que d'autres parviendront à réduire leur consommation ou à l'arrêter complètement (ISPA, 2006).

Concernant la distribution de la consommation de cette substance selon le sexe, il est intéressant de constater que les garçons ont nettement plus d'expériences avec le cannabis que

les filles. De même, cette différence de consommation entre les genres est observée chez des adolescents plus âgés. Elle est surtout significative dans les extrêmes, comme le révèlent les données suivantes. Selon l'étude sur la santé et les styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (SMASH, Narring, Tschumper, Inderwildi Bonivento, Jeannin, Addor, Bütikofer, *et al.*, 2003), 13% des garçons contre 4% des filles en consomment chaque jour et 58% des garçons contre 72% des filles n'ont jamais consommé de *cannabis*.

Une étude réalisée en Suisse alémanique auprès d'adolescents suisses montre également que les garçons ont nettement plus d'expériences avec le *cannabis* que les filles. Cette enquête révèle aussi que 81 % de fumeurs réguliers de tabac et 69 % des fumeurs occasionnels (ou ex-fumeurs) ont déjà consommé au moins une fois du *cannabis* dans leur vie (Keller *et al.*, 2002). Selon l'enquête sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (ESPAD- Gmel, Kuntsche, Grichting, & Rehm, 2003) effectuée en Suisse auprès de 8000 écoliers de 14 à 16 ans, 41% des garçons disent avoir expérimenté le *cannabis*, contre 33 % chez les filles.

Par rapport à l'accessibilité du produit, dans l'étude ESPAD, la moitié des élèves affirme qu'il leur est facile de se procurer du *cannabis* (Gmel *et al.*, 2003). Seule une minorité (7%) des jeunes consommateurs se procure le produit dans la rue, la plupart dit l'obtenir à partir de leur réseau social et 20% déclare cultiver sa propre consommation.

6. La consommation de cannabis et la législation

Dans de nombreux pays européens, les législations en matière de consommation de cannabis, ont tendance à s'assouplir. Bien que le commerce et la possession de drogues illégales soient interdits dans la plupart des pays européens, la consommation et la possession de cannabis sont traitées de manière très variable, allant d'une politique « dure » (interdiction totale) à une politique plus « permissive » qui ne pénalise pas la possession pour utilisation personnelle, de la substance.

En Suisse, les projets politiques de dépénalisation de la consommation de cannabis ont nourri ces dernières années le débat sur la scène publique. La loi suisse, établie en 1951 et modifiée pour la dernière fois en 1995, classe le cannabis parmi les stupéfiants et en condamne toute production, trafic, culture, commerce ou détention, mais prévoit néanmoins des peines moins

sévères que d'autres législations européennes pour la consommation personnelle (article 19 de la loi sur les stupéfiants, LStup).

Un projet de révision de la loi sur les stupéfiants a été déposé au Parlement le 9 mars 2001, proposant notamment la dépénalisation de la consommation du cannabis, ainsi que certains actes préparatoires à la consommation personnelle (détention, culture et fabrication), dans la mesure où aucun tiers ne serait impliqué. Le projet a toutefois été refusé par les politiques en juin 2004. Actuellement, un nouveau projet est en cours, soutenu par diverses commissions de santé publique, ayant pour argument principal la prévention auprès des jeunes et pour objectifs la réduction de la consommation, la détection précoce des adolescents consommant de façon régulière et incontrôlée et une offre concrète de soutien aux écoles et aux centres de formation.

Ces débats publics et politiques ont obtenu un fort retentissement médiatique et ont certainement participé à l'ambiguïté des représentations que le public se fait du statut légal de la consommation de cannabis. Pour les adolescents, tout au moins, il n'est pas clairement établi aujourd'hui que consommer du cannabis peut avoir des conséquences graves pour la santé (psychique et physique) et qu'il s'agit d'un comportement légalement « interdit ». Les gens en général, et les adolescents en particulier, n'ont plus vraiment le sentiment qu'en consommant cette substance ils enfreignent la loi. L'interdiction ou même la condamnation de ce comportement est souvent perçue par les adolescents comme une injustice.

7. Début de la consommation de cannabis

La plupart des chercheurs sont d'accord pour situer le début de la consommation pendant l'adolescence (Ashton, 2002 ; Fergusson, Horwood, & Swain-Campbell, 2002 ; Linskey *et al.*, 2006 ; Norman, 1994 ; Swift *et al.*, 1998 ; Young *et al.*, 2002), souvent même avant l'âge de 15 ans (ISPA, 2004).

Différentes études montrent que les adolescents accèdent actuellement de plus en plus facilement à la consommation de cannabis (ISPA, 2004) et que cette consommation devient, pour certains d'entre eux, chronique, voire dépendante. Deux questions importantes se dégagent de ce constat : la première concerne les raisons pour lesquelles certains adolescents décident de goûter à la substance ; la seconde concerne les facteurs impliqués dans

l'installation d'une consommation plus ou moins régulière, voire dépendante. Il convient donc de différencier également les réponses, c'est-à-dire, les facteurs associés au début de la consommation de ceux associés à la progression de la consommation vers une dépendance (Von Sydow, Lieb, Pfister, Höfler, Sonntag, & Wittchen, 2001).

Différentes études ont associé le début de la consommation aux caractéristiques propres à la période de l'adolescence, à savoir la curiosité, le désir de tester des limites, la recherche de sensations nouvelles (Kandel, Davies, Karus, & Yamaguchi, 1986 ; Kandel *et al.*, 1992 ; Robins & Mc Evoy, 1990 ; Zuckermann, 2006). Ceci est souvent expliqué par les caractéristiques de vulnérabilité propre à cette tranche d'âge (Ashton, 2002 ; Butters, 2002 ; Braconier & Marcelli, 1998), ainsi qu'à des facteurs environnementaux qui accentuent cette vulnérabilité (Laure *et al.*, 2005 ; Hüsler *et al.*, 2005). Certains chercheurs pensent que le début de la consommation serait davantage lié à cette vulnérabilité, n'accordant pas nécessairement un poids important aux aspects psychopathologiques qui pourraient y participer.

En pleine construction de son identité, l'adolescent est amené à redécouvrir son environnement et à expérimenter différents comportements lui procurant des stimulations et des sensations, pouvant parfois l'amener à consommer des substances psychoactives, y compris le cannabis. De même, les études sur l'autorégulation de l'humeur montrent que la consommation de substances psychoactives, telles que l'alcool ou le cannabis, participe souvent aux tentatives de l'individu de changer ses états d'humeur négatifs, en se procurant un effet de détente ou de bien-être (Thayer, Newman, & McClain, 1994). La consommation peut être considérée ainsi comme un comportement d'auto-régulation ou d'auto-médication.

Certaines études associent ainsi l'initiation de cette conduite à la quête de plaisir et à l'aversion pour la monotonie (Flament, Perez-Diaz, Loas, Josse, Michel, Godart, *et al.*, 2003 ; Zuckerman, 1994). L'effet d'ivresse provoqué par la consommation de la substance serait associé à une sensation plaisante, recherchée par l'adolescent. Selon Zuckermann (1994, 2006), la recherche de stimulations est comprise comme un moyen de s'ouvrir à la nouveauté.

En revanche, il n'a pas été démontré que les sujets dont la motivation à consommer se réduit à la recherche de plaisir deviennent nécessairement des consommateurs chroniques. En effet, ces sujets vont continuer à rechercher des sensations agréables dans d'autres activités comme le sport, le sexe, la musique. Il est vrai que si certains adolescents peuvent parcourir cette

période du développement en cherchant à expérimenter des sensations nouvelles sans mettre en péril leur santé et leur développement, d'autres se mettent systématiquement en situation de risque (Michel, 2001). La prise de substances psychoactives a alors le même statut que la pratique de sports dangereux, d'une sexualité à risque, ou que d'autres activités mettant en danger la santé et le développement de l'adolescent.

L'influence sociale et les cultures de groupe ont également été identifiées comme étant des facteurs associés au début de la consommation de cannabis. Des études montrent qu'il est plus facile pour un adolescent de débiter sa consommation de cannabis si au moins un de ses amis proches consomme déjà cette substance (Baumann & Enett 1994). De même, certains auteurs signalent l'utilisation de cette substance comme un rite de passage pour appartenir à un groupe (Gendreau, 1998).

8. Types de consommation

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il est nécessaire de différencier la problématique concernant la consommation de cannabis (début de cette consommation et consommation occasionnelle) de celle de la dépendance à cette substance (consommation régulière et problématique). En effet, les conséquences sur le développement psychique et social d'une consommation occasionnelle, dont le but est récréatif, sont différentes de celles d'une consommation régulière, qui peut évoluer vers une consommation dépendante.

Marcelli & Braconnier (2000) proposent trois catégories ou "types de consommation", en fonction de l'effet recherché par le sujet, ainsi que de l'impact que la consommation a sur le contexte social et relationnel dans lequel celle-ci se déroule:

1. la consommation occasionnelle dite *festive* dont le but est la curiosité, la recherche de sensations nouvelles, éventuellement de plaisir ou de stratégies pour se sentir appartenir à un groupe,
2. la consommation *auto-thérapeutique*, visant à l'apaisement d'une tension et souvent associée à un début de démotivation générale et au décrochage scolaire. C'est une consommation plutôt solitaire, la plupart du temps associée à des troubles anxieux et à des troubles du sommeil,

3. la consommation *toxicomaniaque* liée à la recherche d'un effet anesthésiant est à la fois solitaire et en groupe, associée à la rupture de la scolarité ou de la formation, aboutissant souvent à l'exclusion du système.

Tableau 1 : Types de consommation de cannabis (Marcelli & Braconnier, 2000).

	Types de Consommation		
	FESTIVE	AUTOTHERAPEUTIQUE	TOXICOMANIAQUE
Effet recherché	Euphorisant	Anxiolytique	Anesthésiant
Mode sociale de consommation	En groupe	Plutôt solitaire	Solitaire et en groupe
Scolarité	Scolarité normale	Signes de « décrochage » problèmes de concentration, attention, redoublements, absentéisme non justifié	Rupture échecs répétés, expulsion du système, absentéisme prolongé, etc.
Activités sociales	Conservées	Limitées	Marginalisation plus de relations avec des personnes marginalisées)
Facteurs de risque familiaux	Absents	Pas nécessairement présents	Présents relations pathologiques, conflits, difficultés socio-économiques majeurs, etc.
Facteurs de risque individuels	Absents	Présents troubles de sommeil, troubles anxieux, dépression	Présents

Le Tableau 1 montre comment les activités sociales ainsi que les facteurs de risque s'aggravent progressivement avec l'augmentation de la consommation. Selon ces auteurs, au fur et à mesure que la consommation s'installe de manière régulière, celle-ci envahit la vie quotidienne de l'adolescent, l'empêchant alors de développer les ressources nécessaires pour satisfaire les exigences de la vie sociale, scolaire et familiale. En effet, lorsque la consommation devient dépendante, les liens avec les personnes et institutions proches (*famille, pairs, école*) se dégradent, dans la mesure où la consommation de cannabis devient la seule ou une des seules ressources possibles pour affronter les défis développementaux. L'effet anxiolytique apaise de manière passagère le malaise et l'effet anesthésique efface ce malaise entravant également la possibilité de gestion de toute émotion.

9. La dépendance au cannabis

Jusque dans les années 80, le *cannabis* n'était pas considéré comme pouvant entraîner une *addiction* en raison de l'absence du phénomène de dépendance physique (Iversen, 2005 ; Smith, 2002 ; Ashton, 2002 ; Swift *et al.*, 1998). En effet, il a longtemps été affirmé que le cannabis ne provoquait pas de phénomène de tolérance⁹, ni de syndrome de sevrage. Cependant, au cours des dernières années, certaines études ont remis en question ces affirmations.

Quelques recherches, fondées sur des modèles animaux, montrent qu'après quelques jours d'administration de la substance à hautes doses, la tolérance, et donc la dépendance physique, augmente (Iversen, 2000, 2005 ; Smith, 2002). Toutefois, les études réalisées sur des humains n'ont pas pu démontrer de tels effets (Buckner, Schmidt, Bobadilla, & Taylor, 2005 ; Pertwee, 1995 ; Smith, 2002). Malgré quelques preuves en faveur de l'existence d'un phénomène de tolérance, il n'est pour l'instant pas possible d'affirmer complètement que le cannabis provoque une véritable « dépendance physique » (Ashton, 2002 ; Iversen, 2000 ; Martin, 2002 ; Smith, 2002).

Toutefois, il est vrai que l'arrêt de la consommation chez des usagers réguliers peut provoquer des symptômes « de manque » tels que l'irritabilité, l'agressivité, l'anxiété, l'insomnie, des tremblements musculaires, ainsi que des changements du rythme cardiaque et de la pression sanguine ; symptômes apparaissant environ 10 heures après l'arrêt de la consommation et atteignant un pic 48h après (Haney, Ward, & Comer, 1999 ; Mendelson, Mello, & Lex, 1984).

Des chercheurs ont étudié la dépendance au cannabis chez les adolescents et ont pu observer des symptômes qui permettent d'affirmer l'existence d'un « syndrome de sevrage », observable à travers le comportement et l'état psychique des sujets. Ces auteurs décrivent des symptômes de fatigue et de somnolence, des signes d'anxiété, comme l'irritabilité et l'agitation, des difficultés de concentration, une diminution de l'appétit, ainsi que des signes de dépression et des troubles du sommeil (DSM IV TR, 2003 ; Perkonig *et al.* 1999 ; Roura & Chabrol, 2004). Il est à noter également qu'une autre étude américaine a montré que les adolescents deviennent « dépendants » au cannabis à des doses et à des fréquences de consommation moindres que les adultes (Chen, Kandel, & Davies, 1997).

⁹ Tolérance : phénomène caractérisé par une diminution des effets sur l'organisme d'une dose fixe d'une substance chimique, au fur et à mesure que l'on répète son administration. (Larousse médical, 2001)

Même si les mécanismes physiologiques de la dépendance n'ont pas encore été complètement élucidés (Coffey *et al.*, 2002 ; DSM IV TR, 2003 ; Iversen, 2005 ; Swift *et al.*, 1998 ; Teeson *et al.*, 2002), on accepte, du point de vue du diagnostic clinique, l'existence d'une dépendance à cette substance (Ferguson *et al.*, 2000 ; Nizelof, Corcos, Venisse, Halfon, Bizouard, & Jeammet, 2003). En effet, les études cliniques et épidémiologiques indiquent que la dépendance au cannabis est un phénomène relativement fréquent dans le monde occidental. Une revue de la littérature sur la dépendance au cannabis montre que des études réalisées les dix dernières années en recherche et en clinique ont mis en évidence le fait que le cannabis produit une dépendance et que cet état est fréquemment associé à une dégradation du contexte psychosocial de l'individu (Budney & Moore, 2002).

La catégorie diagnostique de l'*American Psychiatric Association*, DSM IV TR (2003) tient compte de ces aspects psychosociaux et comportementaux, cliniquement observables, et propose certains critères pour établir un diagnostic de dépendance aux substances psychoactives, y compris le cannabis.

9.1. Le diagnostic de dépendance selon les critères de la classification DSM-IV TR

Actuellement, le système de classification DSM-IV TR (2003) est le plus largement utilisé dans le monde occidental. Il établit des critères acceptés par la plupart des chercheurs (Buckner *et al.*, 2007). La consommation de substances psychoactives légales et illégales est classifiée selon la fréquence d'utilisation et les problèmes qu'elle occasionne pour l'utilisateur et son entourage. Les diagnostics proposés en fonction de la gravité de la consommation sont l'*abus* et la *dépendance*.

Pour poser un diagnostic d'*abus* à une substance, le DSM-IV TR (2003) tient compte des conséquences négatives sur la santé du consommateur et sur les relations sociales, « conséquences nuisibles de l'utilisation répétée », comme par exemple, les problèmes à l'école ou dans la vie professionnelle, les problèmes familiaux ou sociaux en général (la tolérance, le syndrome de sevrage et de compulsion à consommer n'entrent pas en ligne de compte).

La *dépendance* est définie par la présence d'une série de symptômes (décrits ci-dessous), en dépit desquels le sujet n'arrête pas sa consommation. Ce diagnostic s'appuie sur des aspects

comportementaux, observables cliniquement, comme la « compulsion à consommer » (Swift *et al.*, 1998). La classification DSM-IV TR (2003) ne fait pas de distinction entre les substances, qu'elles soient légales ou illégales, qu'elles développent ou non une dépendance physique. Pour poser un diagnostic de dépendance à une substance, trois des critères suivants sont nécessaires :

- **tolérance**, définie par l'un des symptômes suivants:
 - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou un effet désiré,
 - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
- **syndrome de sevrage** (défini par les symptômes signalant le manque de la substance, différents pour chaque substance),
- substance prise en **quantité** plus importante qu'auparavant ou prise pendant une période plus longue,
- **désir persistant de consommer**, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation,
- **beaucoup de temps** passé dans des activités pour se procurer la substance,
- abandon des activités sociales et professionnelles,
- l'utilisation de la substance est poursuivie, bien que la personne sache avoir un problème causé par la consommation.

Source : DSM - IV TR, 2003

En ce qui concerne la dépendance au cannabis (F127 (304.30), le DSM-IV TR renvoie aux critères cités ci-dessus. Ce diagnostic n'est pas exclusif d'autres diagnostics. En effet, le diagnostic de « dépendance au *cannabis* » peut accompagner d'autres troubles tels que les « troubles de l'humeur », les « troubles anxieux » ou les « troubles psychotiques ». Dans la présente recherche, nous nous référons à la classification DSM-IV TR (2003) pour déterminer le diagnostic de *dépendance* au cannabis. Nous ne considérons pas la catégorie *abus*, car nos objectifs principaux se centrent sur le phénomène de *dépendance*.

9.2. Prévalence du diagnostic de dépendance au cannabis

Le taux de prévalence de la dépendance dans la population générale varie selon les études entre 17% et 35% de ceux qui consomment. En effet, Johns (2001), dans une méta-analyse sur la dépendance au *cannabis* établie selon les critères du DSM-III ou DSM-IV, affirme que la prévalence dans les études réalisées sur des populations de consommateurs anglophones de cannabis (Etats-Unis, Angleterre, Australie), varie considérablement. Dans une autre revue de la littérature sur la dépendance au *cannabis* (Budney & Moore, 2002), les auteurs affirment que parmi les personnes qui consomment du cannabis deux fois par semaine, le taux de ceux qui développent des symptômes de dépendance à la substance varie entre 20% et 30 %, et parmi ceux qui consomment tous les jours le taux est de 40 %.

Roura & Chabrol (2004) montrent que dans les dernières études épidémiologiques réalisées en France, la prévalence des sujets dépendants dans les populations de consommateurs de cannabis peut varier de 18 % à 40 %. Ces auteurs se sont également intéressés à la représentation que les consommateurs et les non-consommateurs avaient de la dépendance au *cannabis*. Ils ont mis en évidence le fait que 62 % des consommateurs pensent que le cannabis est une substance susceptible de rendre dépendant. En ce qui concerne les non-consommateurs, 70 % des sujets pensent qu'il est possible de devenir dépendant au *cannabis*. Cela met en évidence le fait que malgré une banalisation de la consommation de ce produit, un grand pourcentage de sujets (consommateurs et non-consommateurs) se représentent ce comportement comme étant un danger. Paradoxe que l'on retrouve également dans les représentations de la consommation de tabac et d'alcool.

En Suisse, la prévalence de la dépendance au *cannabis* chez les adolescents est difficile à déterminer. La plupart des études démographiques (ISPA, 2004) se centrent sur la prévalence de l'utilisation de la substance, mais n'avancent pas de chiffres quant à la prévalence de la dépendance.

9.3. Facteurs associés à la dépendance au cannabis

La littérature signale l'existence d'une relation entre la dépendance à des substances psychoactives et différents facteurs, soit *internes* au sujet, liés à la personnalité, soit *externes*, liés à l'environnement social. Ce lien a été établi dans les deux sens : La dépendance comme cause

ou comme conséquence d'autres problématiques. En ce qui concerne les facteurs *internes*, la dépendance au cannabis a été associée à la présence de différents traits et problèmes psychologiques chez l'adolescent :

- l'anxiété comme trait de personnalité (Commeau, Stewart, & Loba, 2001 ; Laure *et al.*, 2005),
- une moindre capacité de régulation émotionnelle, une affectivité négative, une difficulté à tolérer la frustration (Bates & Labouvie, 1997),
- la perception, l'estime de soi négatives (Bolognini, Plancherel, & Halfon, 1998 ; Brown, 1989 ; Kirouac, 1993 ; Laure *et al.*, 2005) ainsi que le stress (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001),
- les troubles anxieux et les troubles de l'humeur (Boyle & Offord, 1991 ; Chinet, Bolognini, Plancherel, & Halfon, 1998 ; Hüsler *et al.*, 2005 ; McGee *et al.* 2000 ; Miller, Klamen, Hoffmann, & Flaherty, 1996 ; Miocque Flament, Curt, Godart, Perdereau, & Jeammet, 2003 ; Segal & Stewart, 1996),
- la dépression et les idées suicidaires (Degenhardt, Hall, & Lynskey, 2001 ; Degenhardt *et al.*, 2003a ; Segal & Stewart, 1996),
- les troubles du comportement (Brook, Whiteman, Finch, & Cohen, 1995 ; Segal & Stewart 1996 ; Kandel & Raveis, 1989)
- l'échec scolaire (Annis & Watson, 1975; Ashton, 2002 ; Boyle, Offord, Racine, Fleming, Szatmari, & Links, 1993 ; Butters, 2001 ; Comeau *et al.*, 2001; Eggert, Thompson, Herting, & Randell, 2002 ; Kandel & Raveis, 1989, Krohn *et al.* 1995),
- une personnalité impulsive (Shedler & Block, 1990), une structure de la personnalité de type borderline (Chabrol *et al.*, 2007).

Les études portant sur les facteurs *externes* sont souvent de type longitudinal et portent le plus souvent sur l'identification de facteurs de risque et de facteurs de protection. Un facteur de risque est défini comme une caractéristique associée à une probabilité plus élevée de survenue d'un problème de santé (Choquet & Ledoux, 1994) ; un facteur de protection désigne les

ressources personnelles ou environnementales permettant de réduire l'impact des facteurs négatifs (Plancherel, 1998).

Parmi les facteurs *externes*, les études mettent en évidence :

- les événements de vie stressants en général (Brown, 1989 ; Butters, 2001; Isohanni Moilanen, & Rantakallio, 1991 ; Plancherel, 1998),
- les conflits familiaux (Burcu, 2002 ; Butters, 2001 ; Segal & Stewart, 1996 ; Kandel & Raveis, 1989),
- les situations de séparation des parents (que se soit pour de situation de divorces ou décès), (Choquet, 2004),
- les antécédents de consommation dans la famille (Duncan, Kirisci, & Moss, 1998 ; Johnson, Leonard, & Jacob, 1989 ; Kandel, 1982 ; Swadi, 1992),
- le type de structure familiale et le soutien parental (Kuntsche & Rainer, 2004),
- des parents alcooliques (Steinhausen, 1995),
- le rôle des pairs, soit en relation à la prise de risques (Gardner & Steinberg, 2005), soit ayant une influence sur le comportement (Andrews, Tildesley, Hops, & Li, 2002 ; Duncan & Petosa, 1994 ; Dupre, Miller, Gold, & Rospenda, 1995 ; Swadi, 1992),
- les « tracas » quotidiens liés à la vie scolaire, familiale et sociale (Butters, 2001 ; Larson *et al.*, 1992 ; Plancherel, 1998),
- les mauvais résultats scolaires, (Choquet, 2004),
- les premières expériences négatives avec le monde du travail (Pudney, 2002),
- un réseau social peu soutenant (Brown, Mott & Myers, 1990; Brown, 1990 ; Boyle *et al.*, 1993),
- un environnement social défavorable (Fergusson *et al.*, 2002 ; Juarez, Medina-Mora, Berenson, Villatoro, Carreno, Lopez, *et al.*, 1998 ; Segal & Stewart, 1996).

La littérature concernant les facteurs de protection est beaucoup moins abondante, mais il est admis que la version positive des éléments décrits ci-dessus peut fonctionner comme des facteurs de protection en tant que ressources pour un développement harmonieux :

- absence de facteurs de risque en général (Rutter, 1989),
- grandir dans un milieu familial stable et soutenant (Kuntsche & Rainer, 2004), la bienveillance des parents (Ledoux, Miller Choquet, & Plant, 2002),
- avoir un parcours scolaire sans trop de difficultés (Seiffge-Krenke & Shulmann, 1990),
- avoir une qualité de liens satisfaisante avec le groupe de pairs (D'Welles, 1999, Baumann & Enett, 1994 ; Oetting & Beauvais, 1986),
- utiliser certains types de stratégies de coping privilégiant une attitude active de résolution des problèmes (Coffey *et al.*, 2000 ; Wills, Sandy, Yaeger, Cleary, & Shinar, 2001b),
- bénéficier de bonnes conditions d'apprentissage (Friedman & Terras, 1999),
- pratiquer un sport (Perreti-Watel, Beck, & Legleye, 2002),
- planifier l'avenir avec des buts clairs (Apostolidis, Fieulaine, & Soulé, 2006).

10. Approches explicatives de la dépendance aux substances psychoactives

La compréhension des phénomènes de consommation et de dépendance au cannabis a donné lieu à différentes approches théoriques. Il s'agit d'un phénomène multifactoriel dans lequel de multiples composantes sont en jeu : des aspects biologiques, sociaux, culturels et psychologiques.

10.1. Approche biologique

Les travaux consacrés aux bases physiologiques de la dépendance aux substances permettent de mieux comprendre ce phénomène en termes chimiques et aboutissent parfois à des propositions de thérapies médicamenteuses. Les études neuropharmacologiques sur la consommation et la dépendance au cannabis ont déjà permis d'attribuer un rôle important aux systèmes dopaminergiques centraux (Michel, 2001; Yoshimoto, McBride, & Lumeng, 1991). La sérotonine est également impliquée dans les comportements de dépendance, notamment dans l'impulsivité (Tassin, 2004). Cette approche s'intéresse également aux aspects comportementaux et s'appuie sur les bases chimiques et pharmacologiques impliquées dans les phénomènes de tolérance et de syndrome de manque. Dans cette optique, éviter les symptômes désagréables de manque serait la principale motivation conduisant à consommer (Stolerman, 1991 ; Goldberg & Stolerman, 1986).

10.2. Approche psychosociale et humaniste

L'approche psychosociale et humaniste est construite à partir des concepts d'adaptation, d'ajustement, de style de vie (Valleur & Matysiak, 2002) et de sous-cultures (Marcelli & Braconnier, 2000). La dépendance à une substance serait précédée d'une désorganisation sociale qui empêcherait une intégration satisfaisante au sein d'un groupe ou institution (Alexander, 2000). La dépendance, de même que la marginalité, aurait pour fonction d'octroyer au sujet une identité sociale, délétère, mais compensatoire. La toxicomanie serait, soit le comportement d'une sous-culture en lien avec l'exclusion, soit la recherche d'une contre-culture, d'une protestation, d'une révolte contre les normes sociales, ou encore, la recherche d'une nouvelle culture, d'une nouvelle religion, d'une expérience initiatique, etc. La consommation de drogues a aussi été associée à la constitution de groupes sociaux spécifiques, différentes substances étant liées à différents groupes, couches sociales, ou pratiques religieuses particulières (Escoholado, 1994), alliant souvent culture, religion, idéaux, musique et une drogue, par exemple chez les *rastafari* jamaïcains.

La psychologie sociale s'intéresse quant à elle, à l'influence des représentations sociales sur le jugement porté sur la consommation de drogues (sa consommation propre ou celle d'autrui), comme celle d'alcool et de cannabis, afin de comprendre le phénomène et de mieux adapter les prises en charge (Clémence & Gadiol, 1993). La représentation de la consommation

apparaît alors comme la conséquence d'un échec familial ou social associé à un sentiment de honte, comme une conséquence de crises économiques ou de discrimination sociale auxquelles seraient liées des émotions comme la tristesse, la déception ou la colère, ou encore comme une maladie éveillant des sentiments ambivalents de révolte et d'espoir (Echeberria Echabe, Guede, Guillen, & Valencia, 1992).

Dans cette approche, la famille est souvent mise au centre de la problématique de la consommation de drogues (Cirillo, Berrini, Cambiaso, & Mazza, 1997). Ces auteurs avancent trois explications principales : 1) la minimisation des carences éducatives et des traumatismes subis par le sujet lui-même, ayant pour conséquence une idéalisation des parents comme mécanisme défensif pour éviter de faire face à une réalité trop douloureuse ; 2) une relation privilégiée avec la mère de type symbiotique ; 3) l'automédication pour atténuer une souffrance non reconnue. L'approche thérapeutique issue de ces conceptions vise à ce que le sujet puisse reprendre le processus d'autonomisation (commencé à l'adolescence).

10.3. Approche psychodynamique

Le modèle psychodynamique postule que l'origine de la dépendance à une substance est liée à l'angoisse ressentie lors de processus de séparation mal résolus (Jeammet, 1994). Le sentiment d'angoisse serait à l'origine du recours à l'utilisation d'un produit externe. Le sujet n'a pas réussi à faire le travail de deuil nécessaire pour intégrer une représentation interne des objets de satisfaction perdus (Gutton, 1996), ce travail étant nécessaire à l'établissement de nouveaux liens. L'effet anxiolytique du cannabis fournirait une issue au déplaisir, provoquant une sensation plaisante d'ivresse. Braconnier & Marcelli (1998) postulent que les adolescents développant une dépendance à une substance n'ont pas trouvé dans leur vie personnelle ou relationnelle, dans leurs activités quotidiennes ou dans leurs réflexions propres, les moyens de se détendre et de calmer leur angoisse. Les effets chimiques du produit auquel ils ont recours vont leur apporter ce que d'autres obtiennent par des activités moins nocives.

10.4. Approches cognitives

Les approches basées sur la psychologie cognitive s'intéressent, entre autres, aux motivations menant l'individu à utiliser des substances psychoactives. Selon ce modèle, la motivation à

consommer une substance générant une dépendance physique serait de deux types (Beck, 2004). Dans un premier temps, la consommation est motivée par la recherche du plaisir que la substance procure ; dans un deuxième temps, elle est motivée par une recherche de soulagement des symptômes de manque.

Les théories de la personnalité et de la motivation proposent également la notion de *self* comme concept-clef afin de comprendre différents processus pathologiques tels que la consommation de substances. Le *self* concerne tout ce que la personne considère comme lui appartenant (pensée, sentiments, relations interpersonnelles, actions), ainsi que la capacité de se prendre soi-même comme objet d'observation (Kirouac, 1993). Le schéma du *self* s'organise, selon Deckers (2001), autour de différents domaines : l'apparence, la performance, l'interaction sociale avec les autres, etc. Les représentations que le sujet se fait de lui-même peuvent être en décalage avec celles que les autres lui renvoient (Kirouac, 1993), et provoquer une désorganisation interne que nous pourrions appeler « crise de soi ». Le sentiment d'anxiété, d'échec, de tristesse, conséquence de ce décalage, pourrait engendrer une motivation à chercher un soulagement dans la consommation d'une substance.

Les conclusions des travaux menés dans cette perspective, vont dans le sens d'une consommation de substances comme tentative de réduction des sensations désagréables ou de sentiments négatifs, telle la tristesse, la colère, etc. (Rabois & Haaga, 2003). L'effort d'autorégulation de l'humeur est reconnu comme un élément central dans le comportement humain au quotidien (Thayer *et al.*, 1994). Au cours des années 80, différents travaux ont montré que les individus sont sensibles aux changements de leur état d'humeur. Ces changements sont évalués constamment, notamment avant de prendre des décisions importantes (*ibid.*). Ces études montrent que la consommation de drogues est utilisée comme une stratégie pour combattre la mauvaise humeur par des individus ayant une personnalité plutôt introvertie.

L'étude de l'anxiété et de la gestion du stress, c'est-à-dire la manière dont l'individu fait face aux situations anxiogènes, est aussi considérée comme un sujet incontournable dans l'étude de la consommation de drogues (Robertson, 2003) et en particulier la consommation de cannabis (Butters, 2001 ; Compas *et al.*, 2001). Le « *stress-coping model* » (Wills & Cleary, 1995 ; Wills, Vaccaro, & McNamara, 1992) présente en particulier la consommation de cannabis comme un moyen de réduire le stress, à la manière d'une stratégie de *coping*. Cette perspective nous a paru indiquée pour étudier le phénomène de la consommation et la

dépendance au cannabis dans la réalisation de cette étude. Un développement plus exhaustif de cette approche est présenté au chapitre « anxiété et stratégies de coping ».

En guise de conclusion, nous constatons que les différentes approches citées ont pour dénominateur commun de considérer que la consommation de cannabis (en particulier la consommation régulière) est utilisée comme un moyen de soulager un état de tension ou d'anxiété provoqué par une crise interne ou par une incapacité à gérer les situations anxiogènes externes. Il y a un déficit de recours aux ressources (internes ou externes) du sujet et l'utilisation de la substance joue un rôle palliatif pour écarter les sensations déplaisantes. La consommation soutenue de cette substance « anesthésie » le sujet et retarde son développement.

Résumé

Une revue de la littérature concernant la consommation de cannabis nous permet de rassembler un certain nombre d'informations partagées par la majorité des chercheurs :

- Les études montrent que la consommation de cannabis a augmenté pendant les vingt dernières années, qu'elle commence de plus en plus tôt et qu'elle touche en particulier les adolescents.
- Bien que les effets directs d'une consommation ponctuelle soient décrits comme des sensations liées à la détente, au plaisir, les effets d'une consommation intense et à long terme comportent des conséquences négatives sur le développement psycho-social de l'individu. Certains auteurs affirment que la baisse de motivation, la réduction des capacités de concentration et le ralentissement des réflexes entraînent une baisse des performances dans les apprentissages ; le réseau social des consommateurs chroniques se restreint et s'appauvrit de manière significative.
- Concernant les raisons du début de la consommation, certains auteurs pensent que les caractéristiques propres au processus de l'adolescence seraient à la base d'un intérêt pour la consommation de cette substance (recherche de sensations, de détente, curiosité, recherche d'affirmation, influence des pairs). D'autres auteurs associent

plutôt la consommation de *cannabis* à l'existence de troubles psychologiques tels que les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur.

- Certaines recherches ont mis en lien la consommation de cannabis avec l'apparition de symptômes de psychoses débutantes. Cette consommation aggrave la prédisposition d'un individu à développer cette pathologie, mais aucun lien causal ne peut être avancé.
- Le cannabis est considéré par certains auteurs comme une drogue d'escalade ou porte d'entrée vers une poly-consommation de substances psychoactives. Pourtant cette hypothèse n'a pas été confirmée par toutes les études.
- Certains auteurs pensent qu'il convient de distinguer les différents types de consommation : la consommation « festive » et « ponctuelle » de la consommation « chronique » ayant une fonction auto-thérapeutique ou anesthésique.
- La dépendance physique au cannabis constitue encore une question pour les chercheurs. Bien que certains d'entre eux trouvent quelques preuves de l'existence d'un syndrome de sevrage, les différentes études ne sont pas concluantes. Néanmoins, il existe un consensus pour affirmer l'existence d'une dépendance psychique à cette substance.

En revanche, il apparaît que la plupart des travaux concernant la consommation de cannabis se concentrent davantage sur les effets immédiats de cette consommation que sur l'impact qu'elle peut avoir sur le développement. De plus, les quelques études se concentrant sur cet aspect sont encore peu nombreuses et n'ont pas exploité toutes les dimensions de ce phénomène.

Il n'existe pas toujours dans ces travaux, une distinction claire entre les différents types de consommation que celle-ci soit récréative ou dépendante. De même, il convient de distinguer les raisons qui mènent un adolescent à goûter à une substance de celles qui mènent à l'utilisation compulsive de cette substance. Dans la description des facteurs de risque, cette distinction n'apparaît pas toujours de manière claire dans la littérature.

La théorie de l'escalade doit être relativisée. En effet, la banalisation de la consommation de cannabis entraînant une généralisation de ce comportement, révèle que cette théorie ne peut être considérée comme valable dans une majorité de situations. L'augmentation de la

consommation de cannabis dans la population occidentale n'a pas pour autant entraîné une augmentation de la poly-consommation de drogues y compris celle des drogues « dures ».

Les études sur la consommation de drogues en général considèrent souvent les différents aspects du contexte de vie (*famille, pairs, école, etc.*) comme des facteurs de risque de la consommation. Cependant, les relations entre ces aspects et le phénomène de dépendance sont souvent traité de manière superficielle et sans distinguer les différents types de substances consommés. Il est pourtant évident que la dépendance au *cannabis* ne peut être évalué de la même manière que la dépendance à des drogues dures.

Des troubles psychiques tels que la dépression et les troubles anxieux, ont été mis en lien avec la consommation de substances psychoactives. A nouveau, la consommation de *cannabis* est souvent confondue avec la consommation d'autres substances psychoactives en général et les liens mis en évidence constituent une information sur la comorbidité de ces troubles sans que soient établi des rapports prédictifs ou causals.

Parallèlement, nous remarquons à travers les études traitant de la consommation de cannabis, qu'il n'existe pas toujours une distinction claire entre les différents types de consommation et les effets recherchés par les consommateurs eux-mêmes. Il est pourtant essentiel de distinguer une consommation récréative d'une consommation compulsive, ceci afin de mieux étudier les mécanismes qui mènent à une consommation dépendante.

CHAPITRE III

PARCOURS DEVELOPPEMENTAL ET LIENS SOCIAUX

La consommation de *cannabis* débute lors de l'adolescence. Cependant l'étude de ce phénomène ne doit pas être isolé du parcours de vie de l'individu ainsi que de la qualité des liens que celui-ci entretient avec son entourage social. La consommation de *cannabis* ainsi que la dépendance à cette substance ont une histoire inscrite dans le développement de l'individu et se déroulent dans un contexte social.

Une approche qui tient compte du parcours développemental de l'individu permet également d'avoir accès à des éléments relatifs à la qualité des liens que celui-ci établit avec son contexte social. Cette approche souligne ainsi que dans la dépendance aux substances psychoactives, il y a une coparticipation de facteurs internes et externes à l'individu. Dans le but d'intégrer ces éléments, nous proposons dans ce chapitre de considérer l'importance de certains éléments externes tels que les liens avec la *famille*, les *pairs*, *l'école*, ainsi que les difficultés de comportement et la relation à la *loi*. De même, et afin d'accéder à une représentation interne de ces liens, nous nous intéresserons dans le chapitre suivant, aux *modèles internes d'attachement*, compris comme les représentations internes des premiers liens que l'individu établit avec son entourage.

1. La psychologie développementale

La psychologie du développement est l'étude des changements dans le fonctionnement psychologique (fonctions cognitives, affectives et sociales) de l'individu au cours de la vie. Elle vise à définir les modes de fonctionnement de l'individu et les processus de transformation de ce fonctionnement aux différentes périodes de la vie.

On appelle « développement », l'ensemble des transformations qui affectent les organismes vivants au cours du temps, conduisant un organisme d'un état initial simple, primitif, vers un état final, plus élaboré. Ce processus comporte des mécanismes qui assurent le passage d'une

étape à une autre. Chaque âge de la vie représente des défis. Le cycle de la vie est formalisé en étapes successives et ordonnées. À chacune de ces étapes, l'individu devra accomplir des tâches particulières pour accéder de manière optimale au stade suivant. Dans cette optique, on ne peut donc pas étudier une tranche d'âge sans tenir compte des périodes précédentes et suivantes. En effet, afin de mieux évaluer la qualité des *liens sociaux* qu'un individu établit avec son entourage, il est important de prendre en considération le processus de construction de ces liens. Par exemple, dans le travail d'évaluation clinique, la naissance, les premières années de vie, les différents acquis développementaux, tels que la marche, l'acquisition du langage, le jeu symbolique, la théorie de l'esprit, etc., font partie de l'évaluation d'une situation pathologique.

Des études longitudinales sur diverses pathologies chez l'adolescent montrent également l'importance de tenir compte de la continuité du développement. Les études menées en Amérique du Nord sur les comportements violents chez l'enfant et chez l'adolescent constituent un bon exemple (Tremblay, 2000). Elles montrent qu'un comportement violent n'apparaît pas soudainement à l'adolescent. En effet, même si le risque de commettre un acte violent est plus élevé chez l'adolescent, on peut trouver les racines de ce comportement chez le jeune enfant (*ibid.*)

Dans cette perspective, différents théoriciens en psychologie ont proposé des modèles du développement humain. Erik Erikson (1972) considère que le développement de l'individu se compose de huit stades échelonnés sur tout le cycle de la vie. Chaque stade est caractérisé par un enjeu fondamental qui se définit comme un conflit entre deux pôles. Les conséquences de cet enjeu se prolongeront ainsi durant toute la vie. Dans ce modèle théorique, la phase de puberté et d'adolescence (de 12 à 18 ans) est une période de grande importance dans laquelle l'adolescent structure son identité. C'est l'âge de la remise en question de l'identité sexuelle avec l'apparition de la maturité génitale et physique. L'acquisition d'un sens de l'identité est indispensable pour prendre les décisions d'adulte. Cette conception du développement, de la même manière que la conception piagétienne du développement de l'intelligence, implique que pour passer à une étape nouvelle, il est nécessaire d'avoir accompli et intégré les tâches de l'étape précédente. L'adolescent ne pourra donc pas « devenir adulte » (sortir de l'adolescence), sans avoir accompli les défis des phases précédentes.

Baltes (1987 ; Baltes, Lindenber, & Staudinger, 1998) propose une théorie du développement « *life-span* » dans laquelle le développement est considéré comme un

processus se déroulant tout au long de la vie. À chaque période du développement, de multiples processus entrent en jeu, certains continus, d'autres discontinus. Ces processus répondent aux demandes et aux opportunités rencontrées par les individus au cours de leur vie (tâches développementales). Chaque étape de la vie implique une série de problèmes, défis ou situations d'ajustement issus non seulement de la croissance biologique, mais provoqués aussi par les attentes sociales, notamment en ce qui concerne le domaine de la famille, de l'école, du monde professionnel.

L'approche des problématiques telles que la consommation de *cannabis* et la rupture des *liens sociaux*, en tenant compte de l'histoire développementale de l'individu, apporte une vision globale, utile dans le travail de prise en charge clinique de ces phénomènes. Il est important de prendre en compte les trajectoires de vie des adolescents en relation à l'histoire de leurs liens familiaux, à leurs parcours scolaire ainsi qu'à l'histoire des éventuels troubles psychologiques repérés et traités au cours de leur enfance.

2. Parcours de vie et troubles psychiques à l'adolescence

Le parcours de vie individuel est composé de plusieurs trajectoires cognitives, sociales, familiales, professionnelles, etc. Une trajectoire de vie est définie comme un modèle de stabilité et de changements à long terme (Sapin, Spini, Widmer, 2007). Ces trajectoires sont marquées par des périodes de changements, ainsi que par des périodes d'apparente inertie. Des périodes de transition alternent avec des périodes de vie dites « normatives » et attendues, inscrites dans le développement. D'autres événements, appelés « non normatifs » ou inattendus, peuvent aussi participer à cette transformation et parfois avoir un impact négatif (immigration, divorce, deuil).

Les premières expériences de vie au sein de la famille, ainsi que la structure de celle-ci, les événements de vie négatifs ou positifs, les expériences de scolarité (harmonieuses ou problématiques) et l'apprentissage des règles sociales, ont également un poids significatif sur la construction de la personnalité de l'adolescent et sur le développement d'une pathologie. Une vaste bibliographie a été consacrée à l'impact des événements de vie négatifs sur le

développement ultérieur de troubles psychologiques¹⁰. Des recherches basées sur des modèles longitudinaux, ayant pour but l'étude des parcours de vie, révèlent également l'importance des liens familiaux dans les parcours développementaux (Sapin *et al.*, 2007). Selon cette approche, les familles passent par un certain nombre de transformations significatives, en réponse à différentes tâches des parents ou des enfants relatives à différents moments du développement (Kellerhals & Widmer, 2005). La mesure des cycles du développement familial se construit en fonction de l'âge chronologique de l'enfant et des exigences du développement de celui-ci. De même, l'insertion dans le système scolaire et plus tard, le système de formation professionnelle, s'inscrivent dans la lignée de ces cycles développementaux.

Les événements de vie négatifs vécus par un individu au cours de sa vie, ont été mis en lien avec des troubles psychologiques. La manière de faire face au stress qui découle de ces événements de vie négatifs est déterminante dans le développement du sujet (Alsaker, 2006 ; Bolognini *et al.*, 1998 ; Gunnar, 1994 ; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990). Des travaux de recherche portant sur l'adolescence montrent que l'existence d'événements de vie négatifs peut entraîner divers problèmes d'ajustement psychologique tels que des épisodes dépressifs (Bolognini, Plancherel & Halfon, 1996 ; Plancherel, Nunez, Bolognini, & Leidi, 1992 ; Rutter, 1990) ; des tentatives de suicide (Compas, 2001 ; Bettschart, Bolognini, Plancherel, Nunez, Leidi, 1992) ; une baisse de l'estime de soi (Alsaker & Kroger, 2006 ; Bolognini *et al.*, 1996), ainsi que la consommation de substances psychoactives (Butters, 2001 ; Plancherel, 1998). Une étude réalisée au Canada auprès de 230 élèves de l'école secondaire met en évidence l'influence directe du stress vécu au sein de la famille sur la consommation de *cannabis* et sur le développement d'une pathologie de dépendance à cette substance (Butters, 2002). Chez des jeunes adultes, il a été également montré que la consommation de *cannabis* est associée à une histoire d'enfance problématique, à des conflits familiaux, à des problèmes de comportement et à une mauvaise influence des pairs (Fergusson *et al.*, 2003). De même, d'autres auteurs affirment que la présence de troubles psychologiques chez d'autres membres de la famille (parents, grands-parents, fratrie), associée à des événements de vie négatifs qui n'ont pas pu être élaborés suffisamment, favorisent l'installation de diverses conduites déviantes, dont la consommation de *cannabis* (Fernandez, Bonnet, Jaufret, & Piedinielli, 2006).

¹⁰ Ce sujet est développé en profondeur dans le chapitre intitulé « Anxiété et coping ».

Dans une perspective développementale et en tenant compte des caractéristiques propres à la population clinique de cette recherche, nous nous intéressons en particulier au *parcours scolaire* et au *parcours de soin* de ces adolescents. En effet, il s'agit d'adolescents en rupture scolaire ou de formation professionnelle, pris en charge dans un centre de soins psychologiques.

2.1. Parcours scolaire

Les expériences scolaires constituent une partie importante du développement de l'enfant et de l'adolescent. Les expériences vécues à l'école ont une importance capitale dans l'intégration sociale de l'adolescent. Dans les systèmes éducatifs européens, les adolescents de 14 à 16 ans passent deux tiers de leur temps hebdomadaire à l'école (Narring *et al.*, 2002). Ainsi, l'école est le lieu par excellence où l'adolescent se confronte, déjà depuis l'enfance, à ses propres capacités de gestion de la vie sociale, sans la présence des parents. À ceci s'ajoute lors de l'adolescence, le besoin de confronter ses repères et ses points de vue à ceux de ses pairs et à ceux d'autres adultes. L'adolescent apprend ainsi, encadré par le système scolaire, à gérer son autonomie ainsi que ses ressources internes et externes pour son développement (Steinberg & Avenevoli, 2000).

L'étude des parcours scolaires et de formation est importante dans la mesure où l'on peut retracer les différentes étapes par lesquelles un enfant ou un adolescent passe au cours de son développement cognitif et social. Ainsi, un enfant qui a été scolarisé dans un milieu « spécialisé » depuis le début de la scolarité ne fera pas le même parcours qu'un autre enfant intégrant un milieu pédagogique dit « ordinaire » ou intégrant un milieu spécialisé plus tard dans sa trajectoire. De même, l'identification des moments de difficultés particulières, voire même d'échecs dans les parcours, peuvent être mis en relation avec d'autres données du parcours de vie de ces enfants.

2.2. Parcours de soin

L'expérience clinique dans un Centre de jour pour adolescents en rupture scolaire et de formation professionnelle montre qu'une grande partie de ces adolescents ont été pris en charge par différents professionnels du milieu de soins médico-psychologique ou socio-

éducatif au cours de leur enfance et/ou adolescence, avec plus ou moins de succès. Il est à signaler que dans certaines situations, les conditions de précarité psychique et sociale de ces familles et de leur entourage rend difficile la formulation d'une demande d'aide auprès des institutions.

La problématique de l'accès des enfants et des adolescents au réseau de soins est fondamentale en raison de l'importance du repérage des problématiques précoces, permettant alors la mise en place d'un suivi et d'une prévention de l'aggravation de ces troubles. Une étude réalisée en Suisse Romande auprès d'adolescents consommateurs de substances psychoactives (Chinet, Bolognini, Plancherel, Rossier, Stephan, Laget, *et al.*, 2003), montre que les médecins de famille, ainsi que les travailleurs sociaux, constituent les voies d'accès privilégiées à un réseau de prise en charge. Cependant, pour la moitié de ces situations, la consommation de substance n'a pas été abordée spontanément lors de ce premier contact. Par ailleurs, les filières de soins observées dans cette étude mettent en évidence un certain cloisonnement entre les domaines d'activité, à savoir, celles qui concernent les interventions du milieu « médical » et celles qui concernent les interventions du milieu « social ». Malgré la quantité et la variété des structures d'aide, des questions sensibles telles que la prise en charge des consommateurs de drogues, restent souvent en suspens.

Face à l'aspect pluridimensionnel des phénomènes de consommation de cannabis et de rupture de liens sociaux, l'étude des parcours de soins s'avère importante, dans la mesure où elle montre quelles sont les interventions efficaces et quelles sont les meilleures stratégies pour les prises en charge des patients. De même, elle nous permet de retracer certains éléments de l'histoire des individus ou des groupes en relation aux différents troubles pathologiques qui ont pu exister dans le passé.

3. Les liens sociaux à l'adolescence

L'adolescence est considérée comme une période de vulnérabilité traversée par de nombreux changements. Cette période, appelée par l'approche psychodynamique « crise d'adolescence »¹¹, se caractérise par une réorganisation de la configuration relationnelle

¹¹ De ce point de vue, la « crise de l'adolescence » est à comprendre comme un conflit de développement. En ce sens, il représente un moment de réorganisation psychique commençant avec la puberté. Cette période se

infantile. Les liens que le sujet entretient avec sa famille, ses pairs et les institutions sociales sont remis en question, se modifient, se diversifient. L'adolescent doit s'adapter à une nouvelle configuration de son monde relationnel, c'est-à-dire s'autonomiser par rapport à sa famille, se forger une identité sociale propre, s'intégrer à des groupes de pairs, gérer sa sexualité, son intimité, ainsi que sa vie affective adulte et projeter un avenir professionnel.

Le processus de la puberté comporte des transformations au niveau corporel avec notamment l'apparition des caractères sexuels, ainsi que l'éveil de la sexualité adulte. Parallèlement, le rapport à la famille n'est plus au centre de la vie affective et sociale, remplacé en partie par les relations aux pairs. Ces changements exigent de la part de l'adolescent une attitude active pour apprendre à les gérer. Braconnier & Marcelli (1998) décrivent trois étapes que l'adolescent devra affronter. La première correspond à l'entrée dans la période de l'adolescence (préadolescence) caractérisée par une « attente ». Cette « attente » du phénomène de la puberté se fait dans un climat de désir et de crainte pour les filles comme pour les garçons. La deuxième étape se caractérise par les changements physiques et psychiques radicaux, survenant parfois de manière brutale à la puberté. L'adolescent change aussi quant à ses sources d'intérêts et de plaisir. La troisième étape est celle de la découverte et elle survient une fois que l'enfance est passée. L'adolescent doit découvrir qui il est, ce qu'il aime et se projeter dans l'avenir. Ces changements et ces choix expliquent en partie la vulnérabilité psychique potentielle à l'adolescence, vulnérabilité qui a été mise en lien avec l'anxiété, la dépression, ainsi qu'avec les conduites addictives (*ibid.*).

3.1. La rupture de liens sociaux

Afin de mener le processus d'adaptation mentionné ci-dessus, l'adolescent doit s'appuyer sur ses propres ressources internes (capacités cognitives, gestion des émotions et des frustrations, etc.), ainsi que sur des ressources externes (liens avec ses proches et avec les institutions qui accompagnent son développement, notamment l'école). Si ces ressources ne sont pas suffisantes, l'affaiblissement des liens mène parfois à une véritable rupture, rendant difficile le développement des compétences cognitives, sociales, personnelles et entraînant souvent

caractérisé par les effets physiques de la puberté sur le psychisme, le renforcement de la dépression sous-jacente inhérente à l'appareil psychique, les interrogations sur l'identité, sur la bisexualité, le bouleversement et le remaniement des identifications antérieures et l'idéalisation de cette « nouvelle vie » imaginativement et inconsciemment attendue par l'adolescent (Braconnier & Marcelli, 2000).

l'exclusion sociale (Marcelli & Braconnier, 2000). La rupture peut donc intervenir à différents niveaux de gravité et dans plusieurs domaines (*scolaire, familial, avec ses pairs, avec la loi*), entraînant une situation de précarité qui agit comme facteur de risque pour différentes pathologies telles que la dépendance à des substances psychoactives.

3.2.1. *La rupture scolaire et la rupture de formation*

Parmi les liens susceptibles de s'affaiblir lors de la l'adolescence, celui avec *l'école* est le plus facilement identifiable. En effet, *l'école* constitue un terrain où l'on voit clairement comment s'opère le processus de transition entre l'enfance et l'âge adulte. L'arrêt de la scolarité chez un adolescent inquiète et mobilise considérablement son entourage, d'autant plus lorsque l'adolescent est astreint à *l'école*. Cette situation est considérée comme un signal d'alerte d'une problématique pénalisant l'avenir du sujet. L'arrêt de la scolarité post-obligatoire, quant à elle, mobilise également l'entourage de l'adolescent. Bien que le sujet ne soit plus dans une obligation légale de scolarisation (au-delà de 15 ans), il se trouve dans une situation de désœuvrement, alors qu'il est à un moment particulièrement important de la construction de sa personnalité et de son avenir.

Différents termes ont été utilisés pour nommer le phénomène d'interruption, progressif ou brutal, de la scolarité. Braconnier & Marcelli (1998) définissent la rupture scolaire comme l'arrêt d'un cursus de formation conduisant à une déscolarisation d'une durée variable, survenue soit de manière brutale, soit de manière plus insidieuse et souvent liée à d'autres ruptures au niveau des *liens sociaux* (fugues, passage à l'acte violent, consommation de substances psychoactives).

La rupture scolaire est définie aussi comme l'arrêt progressif d'un cursus, avant que celui-ci ne soit terminé, impliquant un processus de désinvestissement et de démobilisation, c'est-à-dire un renoncement aux efforts qu'exigent les apprentissages scolaires (Guigue, 1998 ; Janosz, 2000 ; Karl, Entwisle, Kabbani, Nader, 2001). Des comportements de type antisocial (comportement violent, petite délinquance) y sont parfois associés (Janosz, 2000). Le terme de phobie scolaire regroupe une série de symptômes en lien avec l'absentéisme d'enfants ou d'adolescents présentant des symptômes anxieux de type phobique, ayant souvent une personnalité introvertie et des difficultés à exprimer leurs émotions (Gunn-Sechehaye, 2002 ; Kearney, Eisen, & Silverman, 1995).

Les éléments entraînant une rupture scolaire sont multiples, notamment la perte d'espoir dans l'utilité des études, la difficulté à entrer dans le « métier d'élève », la manière de se sentir considéré à l'école, la difficulté de s'approprier le projet scolaire, considéré comme un projet « parental » (Glasman, 2000).

Facteurs associés à la rupture scolaire

La littérature concernant la rupture scolaire chez l'adolescent met en évidence que le parcours développemental a une importance fondamentale. En effet, une étude longitudinale sur la rupture scolaire à l'adolescence (Jimerson, Egeland, Sroufe, & Carlson, 2000) montre que l'environnement familial pendant les premières années de vie, la mauvaise qualité des soins parentaux, un statut socio-économique précaire, les problèmes de comportement et l'implication des parents dans le processus de décrochage scolaire, constituent des facteurs de risques importants et prédictifs d'un décrochage scolaire. Ces variables psychosociales ont une influence sur la vie scolaire qui s'accompagnent souvent d'un Quotient Intellectuel faible, ainsi que de situations d'échec. Les facteurs associés au phénomène de rupture scolaire ou de formation professionnelle sont multiples et touchent différents champs de recherches. Voici un résumé des principales conclusions :

- la consommation de drogues a été signalée comme un facteur de risque de rupture scolaire (Iversen, 2005 ; Johns, 2001; Royer, 2003), mais également comme une conséquence de celle-ci (Comeau *et al.*, 2001 ; Eggert, Levendosky, Klump, 2007), fréquemment associée à la rupture et participant souvent à l'aggravation de cette dernière (Braconnier & Marcelli, 1998),
- la consommation précoce de cannabis est associée à une pauvre performance scolaire (Lynskey & Hall, 2000),
- les échecs scolaires répétés dans un contexte rigide tant scolaire que familial constituent des facteurs de risque de la rupture avec l'école (Christenson & Thurlow, 2004 ; Glasman, 2000 ; Reyes & Jason, 1991),
- les conflits fréquents et violents dans les contextes de vie de l'adolescent, notamment la famille sont associés à un désinvestissement scolaire sévère aboutissant parfois à un

arrêt de la scolarité (Royer, 2003; Jozefowicz, 2003 ; Jimerson, Fergusson, Whipple, Anderson, & Dalton, 2002 ; Karl *et al.*, 2001),

- le rejet des pairs, ainsi que des difficultés de socialisation en groupe participent à un processus de désinsertion envers la dynamique scolaire (Galand, Macquet, Philoppot, 2001 ; Zettergreen, 2004) . Il en est de même en ce qui concerne l'appartenance à un groupe de pairs aux comportements agressifs (Farmer, Estel, Leung, Trott, Bishop, & Cairns, 2003),
- en revanche, certaines études mettent en évidence le fait que la qualité de la relation avec les pairs lors de la scolarité, ainsi qu'avec les différents enseignants, constituent un facteur de protection majeur de l'absentéisme et du décrochage scolaire (Zettergreen, 2004) ; Galand *et al.*, 2001).

Données épidémiologiques sur la rupture scolaire et de formation professionnelle

Un nombre non négligeable d'adolescents en Suisse ne termine pas la scolarité obligatoire. D'autres adolescents ne s'engagent pas dans une formation post-obligatoire (collège, écoles supérieures, apprentissages) une fois finie la scolarité secondaire. Selon un rapport de l'Office Fédéral de la Statistique, parmi les adolescents ayant fini la scolarité obligatoire en 2001, un an plus tard, 5 % d'entre eux ne suivent aucune formation ou l'ont abandonnée et 6 % tentent de ne pas rompre avec le système en suivant une solution transitoire¹². En 2006, 9.1 % des jeunes âgés de 18 à 24 ans, sans différence significative entre filles et garçons, se trouvent sans formation post-obligatoire et ne sont donc plus scolarisés, données en constante évolution depuis 1996 (Office Fédéral de la Statistique, 2007). Ce rapport ne donne pas les âges des adolescents mais il met en évidence l'absence de différence quant au genre des adolescents quittant prématurément l'école.

¹² Solution transitoire : Programmes de rattrapage, préapprentissage, écoles de langues, stages, semestres de motivation, (TREE, 2003).

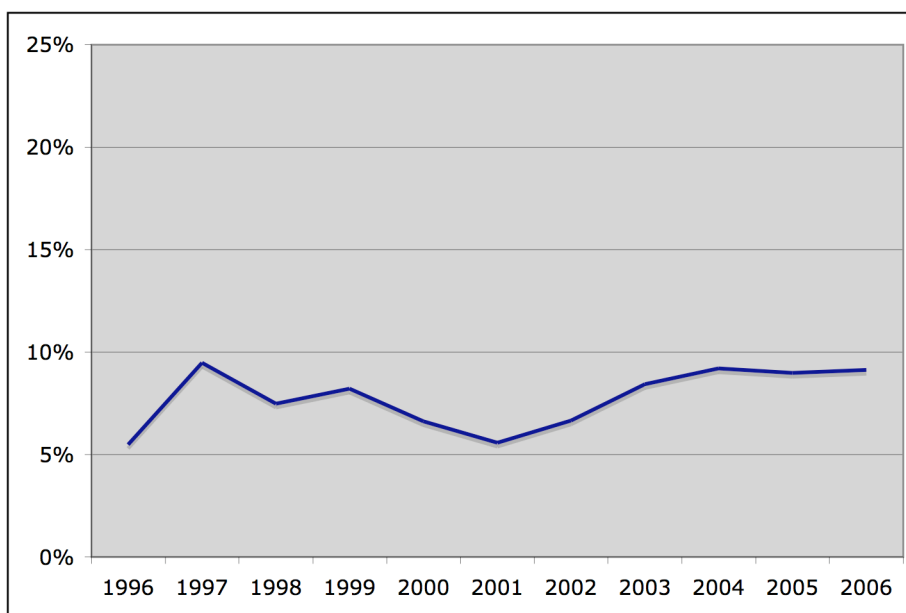


Figure 5 : Jeunes quittant prématurément l'école en Suisse, de 1996 à 2006. Pourcentage de jeunes âgés de 18 à 24 ans sans formation post-obligatoire. Source : Enquête suisse sur la population active (ESPA) Office Fédéral de la Statistique.

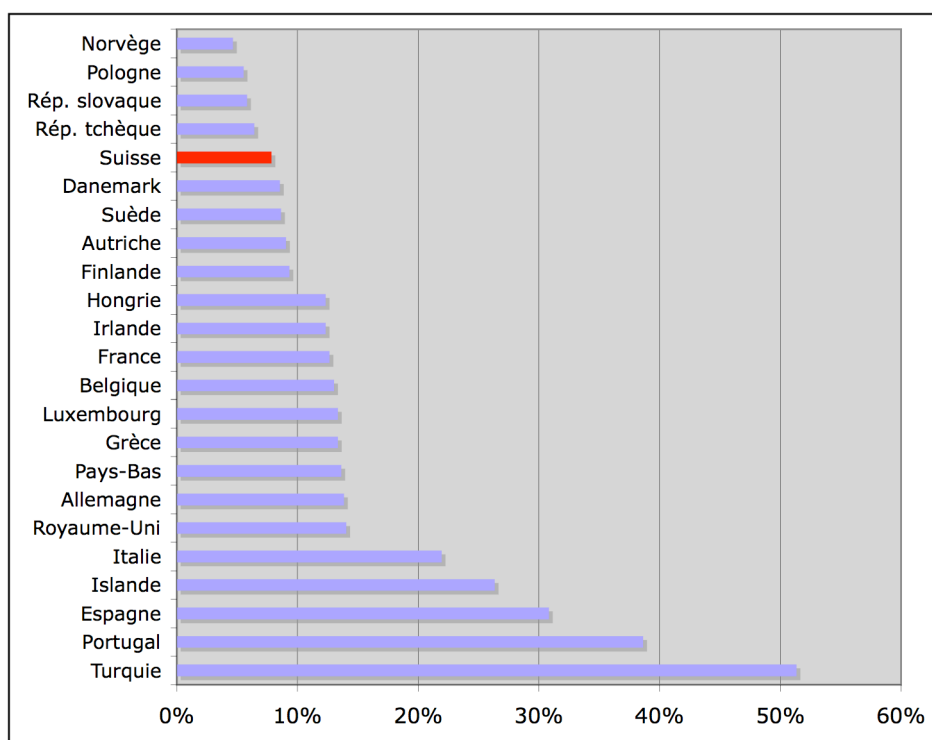


Figure 6 : Jeunes quittant prématurément l'école, comparaison internationale, 2005. Pourcentage de jeunes âgés de 18 à 24 ans sans formation post-obligatoire. Sources : Eurostat, Enquêtes européennes sur les forces de travail (EFT - Enquête suisse sur la population active (ESPA) Office Fédéral de la Statistique.

Cette problématique concerne plusieurs pays du monde occidental. Certains pays d'Europe sont particulièrement concernés (cf. Figure 6). En France, selon les statistiques officielles, chaque année 20'000 jeunes quittent le système scolaire (collège et lycée) sans arriver au terme des programmes et sans obtention de diplôme (Glasman, 2000).

Rupture scolaire et consommation de cannabis

La relation entre le phénomène de rupture scolaire (ou de formation professionnelle) et la consommation de *cannabis* a été relevée par plusieurs auteurs (Kuntsche & Jordan, 2006 ; Malhotra & Biswas, 2006 ; Butters, 2001 ; Hüsler *et al.*, 2005 ; Compas *et al.*, 2001). Ringel *et al.* (2007) ont étudié la relation entre la consommation de drogues (alcool, cannabis et autres drogues dures) pendant la scolarité secondaire et l'insertion professionnelle à l'âge adulte. Ils ont mis également en lien des facteurs comportementaux tels qu'une attitude contestataire avec des indicateurs mesurant la qualité de la réussite professionnelle. Les résultats de ces recherches suggèrent qu'une consommation importante et précoce de ces substances psychoactives accompagnée d'un comportement déviant est en lien avec une médiocre insertion professionnelle à l'âge adulte.

La consommation précoce et intensive (au moins 3 ou 4 fois par semaine) a été également mise en lien avec la rupture avec le système scolaire par d'autres auteurs (Fergusson *et al.*, 2002). L'adolescent consommateur restreint progressivement son intérêt autour des activités qui sont liées à la consommation : se procurer la substance, chercher des espaces pour en consommer, partager ses expériences avec d'autres consommateurs. Les consommateurs réguliers adoptent souvent un style de vie particulier, que certains auteurs appellent « désajusté », caractérisé par des attitudes contestataires et parfois accompagné d'un comportement délinquant (*ibid.*). Ainsi, un haut degré de consommation de *cannabis* est associé à un appauvrissement des performances scolaires, à un graduel désintérêt pour les apprentissages, à une diminution de la satisfaction envers la vie scolaire ainsi qu'à un abandon temporaire ou définitif de la scolarité (Lynskey *et al.*, 2000, 2003).

En ce qui concerne la Suisse, des études confirment ces données. Dans une étude réalisée auprès d'adolescents scolarisés, plus de 50 % des enseignants interrogés sur le comportement de leurs élèves en relation à la consommation de substances psychoactives affirment que la quantité d'élèves de 8^{ème} et 9^{ème} (14 – 15 ans) arrivant en cours intoxiqués au *cannabis*, a

augmenté ces dernières années (Kuntsche & Jordan, 2006). De même, une étude longitudinale sur 4 ans, effectuée en Suisse auprès d'une centaine d'adolescents âgés de 13 à 19 ans (scolarisés ou non), consommateurs de *cannabis* et d'autres substances montre une évolution caractérisée par un mauvais investissement de la scolarité chez les consommateurs ainsi qu'un risque de rupture scolaire (Bolognini, Plancherel, Laget, Chinet, Rossier, Cascone, *et al.*, 2001).

Il est important de signaler que la consommation de cannabis a déjà été mentionnée comme cause ainsi que comme conséquence de la rupture scolaire. En effet, le désinvestissement scolaire, suivi d'une situation de rupture peut conduire l'adolescent à une situation d'exclusion et à intégrer des groupes de pairs consommateurs qui vont l'initier à ce comportement.

3.2.2. Rupture avec la famille et consommation de cannabis

Le phénomène de rupture scolaire est très souvent accompagné d'une rupture dans la continuité des liens avec la *famille* et les *pairs* (Braconnier & Marcelli, 1998 ; Janosz, 2000 ; Jozefowicz, 2003). Ces adolescents rencontrent des difficultés à avoir une « vie de famille », à être et à se sentir encadrés par leurs parents. Leurs familles sont souvent touchées par des séparations, des divorces et sont marquées par la violence ou la présence de pathologies psychiques. La fonction de la *famille* au cours des premières années de développement n'a pu être efficace et les liens de l'adolescent avec ses parents et sa fratrie sont souvent précaires.

Des nombreux travaux ont montré l'impact des expériences au sein de la *famille* sur le développement de troubles psychologiques. Le contrôle et le support parental exercé durant l'enfance ont été mis en lien par exemple, avec l'apparition de conduites déviantes et avec le développement de conduites à risques incluant notamment la consommation de substance psychoactives (Stice, Barrera, Chassan, 1993). Une expérience de vie au sein d'une *famille* ayant des relations précaires sur le plan affectif (ou lorsqu'il y a un véritable éclatement des liens) est considérée comme un facteur de risque important de dépendance à des substances psychoactives (Choquet, 2004 ; Hüsler *et al.*, 2005 ; Kuntsche & Rainer, 2004).

L'association entre le fonctionnement familial pendant l'enfance et l'ajustement social à l'adolescence a aussi été démontré, notamment en ce qui concerne les troubles du

comportement (Shek, 1997, 2002). Dans une recherche réalisée auprès d'adolescents de milieux défavorisés, le fonctionnement familial (aptitudes parentales dans les soins, présence de conflits au sein de la famille) est associé au bien-être psychologique de l'adolescent, à la satisfaction en relation à la vie, à l'estime de soi ainsi qu'à la capacité à s'ajuster à la vie scolaire (Shek, 2002).

La composition familiale est également signalée comme étant un élément important en lien avec le développement et avec la consommation de substances psychoactives, notamment le *cannabis* (Hoffmann, 1995). Selon Kuntsche et Rainer (2004), il existe des évidences pour affirmer que des adolescents issus de familles monoparentales montrent un degré de consommation de drogues significativement plus élevé que ceux vivant avec les deux parents. Une autre étude réalisée auprès d'adolescents âgés de 13 à 15 ans en Angleterre et en France montre l'impact de la structure familiale sur la consommation de substances. Le fait de vivre seul avec l'un des parents ou d'appartenir à une famille recomposée est signalé comme un facteur de risque de consommation de substances psychoactives dont le *cannabis* (Ledoux *et al.*, 2002). Le divorce précoce des parents a été signalé également comme ayant une influence sur la santé mentale des adolescents, notamment sur la consommation de substances psychoactives (*ibid.*). De même, les antécédents de consommation de substances dans la famille semblent jouer un rôle important dans le fait que les adolescents consomment et ne se représentent pas cette consommation comme étant problématique (Duncan *et al.*, 1998 ; Johnson *et al.*, 1989 ; Kandel, 1982 ; Swadi, 1992).

Parallèlement, des études s'intéressant au stress chez l'adolescent montrent que le stress causé par les relations familiales difficiles (conflits, séparations) a un impact sur la consommation de *cannabis* (Burcu, 2002 ; Butters, 2002). Une autre étude réalisée auprès d'un échantillon de 559 adolescents français âgés de 13 à 18 ans, montre que l'attitude des parents envers la consommation de substances joue également un rôle important. Une attitude laxiste des parents peut contribuer à une aggravation de ce phénomène (Chabrol, Chauchard, Mabila, Montoulon, Adèle, & Rousseau, 2006).

La famille constitue également une source de facteurs de protection contre les troubles psychologiques chez l'enfant et l'adolescent car elle est à la base du processus de socialisation. Une étude réalisée auprès de plus de 3000 adolescents suisses confirme l'effet protecteur d'une attitude éducative soudée de la part des parents (Kuntsche & Rainer, 2004). La sécurité affective au sein de la *famille* ainsi qu'une bonne communication, sont signalées

comme des facteurs de protection contre la consommation de substances, ceci en dépit d'une éventuelle mauvaise influence du groupe de *pairs* (McArdle, Wiegersma, & Gilvarry, 2002).

3.2.3. Rupture avec le groupe de pairs et consommation de cannabis

Différents auteurs s'intéressant à l'adolescence s'accordent pour affirmer que l'établissement des liens avec les pairs est indispensable au développement des adolescents. En effet, l'intégration à différents groupes rend possible l'éloignement nécessaire vis-à-vis de la famille et contribue à l'élaboration de l'identité. Les problèmes du comportement, la dépression grave, les troubles anxieux de type phobique, empêchent l'intégration de l'adolescent dans des groupes d'amis, dans des pratiques sportives ou dans une dynamique scolaire (Baumann & Enett, 1998 ; Braconnier & Marcelli, 1998).

Le groupe de *pairs* a été également indiqué comme ayant une influence sur la consommation de cannabis, cette influence pouvant être négative ou positive. Il a été mis en évidence que le fait d'avoir des amis consommateurs augmente le risque de devenir un consommateur (Kuntsche *et al.*, 2006 ; Schmidt, 2001). Une étude réalisée en France auprès de 559 élèves de l'école secondaire met en relation la consommation de *cannabis* d'un sujet avec l'attitude de son groupe de pairs envers cette consommation (Chabrol *et al.*, 2006). Les conclusions de cette recherche montrent que la consommation de *cannabis* du groupe de pairs d'un adolescent constitue un facteur de risque de la consommation du sujet lui-même. En revanche, une attitude négative envers cette substance de la part du groupe de *pairs* constitue un facteur de protection. D'autres auteurs considèrent qu'avoir de bonnes relations avec son groupe de *pairs* est en soi un facteur de protection pour toutes les conduites déviantes, y compris la consommation abusive de *cannabis* (D'Welles, 1999, Baumann & Enett, 1994; Oetting & Beauvais, 1986).

3.2.4. Rupture de liens sociaux et infractions à la loi

L'adolescent, dans le cadre d'un développement normal, se confronte à l'autorité. Cela fait partie de son chemin développemental, celui qu'il aura à parcourir pour intégrer la vie en société. La relation qu'il entretient avec les règles sociales occupe un point important de la réflexion sur la rupture de *liens sociaux*. En effet, l'adolescent doit se construire une

représentation de la *loi* comme un repère et en même temps comme un facteur limitant et rassurant, encadrant ainsi son parcours développemental. Cependant, on assiste souvent à des situations dans lesquelles les adolescents sont incapables de s'adapter au cadre scolaire, aux règles de fonctionnement social, arrivant parfois à des comportements délinquants. Si l'adolescent se trouve dans l'incapacité de s'adapter aux exigences sociales de son environnement, son comportement sort alors de ce cadre et est appelé « désajusté ». Cela s'exprime sur un versant externalisé, par le débordement du comportement ou sur le versant internalisé, à travers une incapacité à s'intégrer dans les dynamiques scolaires.

La gravité des comportements délinquants révèle l'inadaptation sociale des adolescents. Pour l'ensemble des pays occidentaux, les 13-18 ans représentent 10 à 15 % des personnes mises en cause dans la délinquance. Différents auteurs s'accordent à reconnaître l'importance des situations de rupture de liens sociaux dans les familles de jeunes délinquants (Fergusson *et al.*, 2006 ; Hüsler *et al.*, 2005 ; Marcelli & Braconnier, 2000). La prise de toxiques ainsi que la présence de troubles psychologiques chez les parents ont également une influence cruciale dans l'inadaptation sociale de l'adolescent (Fergusson *et al.*, 2006 ; Hüsler *et al.*, 2005 ; Coslin, 1996).

Une étude suisse s'est proposée d'examiner les fréquences de consommation d'alcool et de cannabis ainsi que les prévalences d'abus et de dépendance chez des adolescents délinquants et chez des adolescents tout-venants (36 délinquants et 42 tout-venants ; âge moyen = 16,10). Les résultats indiquent que la proportion de consommateurs de *cannabis* est significativement plus élevée dans le groupe délinquant. Ces résultats montrent la gravité potentielle des conduites de consommation d'alcool et de *cannabis* adoptées par les adolescents (Zimmermann, Rossier, Bernard, Cerchia, & Quartier, 2005).

Une étude néo-zélandaise réalisée auprès d'adolescents et de jeunes adultes âgés de 15 à 25 ans et investiguant les relations entre la consommation de *cannabis* et les parcours scolaires, met en évidence le fait qu'une consommation importante de cette substance est souvent associée à une histoire de comportements délinquants en lien avec l'utilisation de la substance (possession, vente, vols, etc), (Fergusson *et al.*, 2003). D'autres recherches étudiant l'impact des situations scolaires et familiales stressantes, arrivent aux mêmes conclusions, à savoir que les situations de rupture avec *l'école* et avec la *famille* sont souvent accompagnées d'un comportement hors-la-loi, allant de la consommation de substances illégales jusqu'à la délinquance (Butters, 2001 ; Lynskey *et al.*, 2003 ; Stice *et al.*, 1993).

La vie scolaire implique une adaptation mutuelle entre les partenaires et le cadre dans lequel se déroule la relation sociale. Dans ce sens, l'inadaptation à la vie scolaire s'avère liée à certains aspects des comportements délictueux (Coslin, 1996). D'un autre côté, il est accepté de manière générale qu'un comportement délinquant constitue un facteur de risque de la consommation de *cannabis* ainsi que des problèmes de rupture avec *l'école* et la *famille* (Fergusson *et al.*, 2003).

L'ensemble de ces travaux nous amène à conclure que la problématique de la dépendance au *cannabis* doit être étudiée en tenant compte du parcours personnel du sujet, des problèmes avec la *famille*, des liens avec ses *pairs*, de la relation qu'il établit avec la *loi*, des aspects développementaux de l'adolescent, sans omettre le contexte social dans lequel ce développement se déroule.

Résumé

L'approche développementale montre l'importance de prendre en compte les facteurs contextuels du développement afin de comprendre les comportements pathologiques tels que la dépendance à des substances psychoactives chez l'adolescent. Certains travaux étudiant l'impact des événements de vie lors de l'enfance sur le développement ultérieur de problèmes psychologiques, montrent l'importance des expériences vécues au sein de la *famille* et à *l'école*. Ils permettent de faire des liens importants, mais ne s'inscrivent que rarement dans une perspective développementale.

L'étude des *parcours de soin* des individus est un complément utile puisqu'elle permet d'avoir une vision des problèmes et des pathologies qu'un individu (ou une population) rencontre dans son parcours, en fournissant également des informations sur les interventions de soin qui ont eu lieu ainsi que sur leur efficacité.

La littérature montre que l'adolescence est une période de vulnérabilité au cours de laquelle peut survenir une rupture des *liens sociaux*. L'arrêt de la scolarité est un phénomène entraînant une série de difficultés d'ordre social et pénalisant l'avenir du sujet. Il a été mis en lien avec la consommation de *cannabis* autant comme cause que comme effet de celle-ci. La consommation chronique de *cannabis* entraîne une baisse des performances scolaires, pouvant conduire à une rupture de la scolarisation. Celle-ci entraîne alors un mode de vie caractérisé

par un isolement social, par une perte de repères et souvent associé à une consommation de *cannabis*. Ceci montre à quel point il est essentiel d'étudier une pathologie donnée en tenant compte des différentes problématiques présentes dans la vie de l'adolescent.

Les études des facteurs de risque de *rupture scolaire*, ainsi que des ruptures de *liens sociaux* en général, mettent en évidence l'importance de la qualité et de la continuité des liens au sein de la *famille*. Comme nous l'avons déjà signalé, ces études se limitent souvent à établir des liens sans contextualiser ceux-ci dans une perspective développementale. Ainsi, l'étude concernant la composition familiale et ses changements au cours de la vie de l'adolescent sont essentiels dans la compréhension de la situation actuelle de celui-ci.

Concernant l'influence des *pairs* sur la rupture scolaire ainsi que sur la consommation de cannabis, la plupart des études mettent en évidence des aspects factuels comme la composition du groupe d'amis des consommateurs, sans tenir compte des aspects qualitatifs comme la qualité et la continuité de ces liens.

Certaines études mettent en relation la consommation de *cannabis* avec un comportement délinquant, mais nous n'avons pas trouvé dans la littérature de travaux étudiant particulièrement les aspects de la personnalité de ces consommateurs, en particulier leur rapport à la *loi* et aux règles de fonctionnement social. Le fait de ne pouvoir intégrer ces règles, que ce soit dans le domaine scolaire ou social a une influence négative sans que ceci entraîne nécessairement un comportement délinquant.

Concernant la rupture de *liens sociaux* et la consommation de *cannabis*, il n'existe qu'une littérature très restreinte qui met en relation la qualité des *liens sociaux* avec la dépendance au *cannabis*. En effet, la plupart des études lient la qualité des *liens sociaux* à la consommation de substances psychoactives, sans tenir compte des aspects contextuels spécifiques de la consommation de chacune de ces substances. La consommation d'une substance dite « douce », comme le *cannabis*, est par exemple considérée par le contexte familial ou social de manière très différente que la consommation d'une drogue dite « dure », telle que la cocaïne ou l'héroïne. Il nous semble donc particulièrement utile d'étudier le contexte social dans lequel s'inscrit le phénomène de la dépendance au *cannabis*, ceci en tenant compte tant des aspects développementaux que de la qualité des liens actuels.

CHAPITRE IV

LES MODELES INTERNES D'ATTACHEMENT

Dans la continuité de la réflexion sur les *liens sociaux* que l'adolescent établit ainsi que sur la rupture de ces liens, la notion de « *Modèles Internes d'Attachement* » apparaît comme complémentaire. Ils se définissent comme la représentation interne des premiers liens avec les figures parentales, sous forme de schémas qui servent de modèle pour l'établissement d'autres relations au cours des différentes étapes de la vie.

1. Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1969, 1988) a été utilisée au cours des deux dernières décennies dans l'étude des liens et du fonctionnement social et relationnel du nourrisson, du jeune enfant, de l'adolescent et de l'adulte (Lopez & Brennan, 2000 ; Lopez & Gormley, 2002). Bowlby (1969) suggère l'existence d'une complémentarité adaptative entre divers systèmes de comportements tels que le soin des parents envers les nouveaux-nés. Ces systèmes auraient selon cet auteur, une double fonction en ce qui concerne le processus d'adaptation: la protection et la socialisation.

Bowlby (1969) définit l'attachement comme un équilibre entre les comportements d'attachement envers les figures parentales et les comportements d'exploration du milieu. Ce n'est que lorsque les besoins d'attachement sont satisfaits qu'un individu peut s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer de façon créative et ludique le monde extérieur. Ceci représente la notion de sécurité de l'attachement. Les deux pôles : attachement et exploration, peuvent aussi être représentés par les pôles : dépendance et autonomie.

Nous parlons ainsi de base *sécure*¹³ lorsque les figures d'attachement apparaissent à l'enfant comme accessible et capable de répondre de manière cohérente à ses demandes en cas de nécessité (Ainsworth, 1974). En revanche, nous entendons par attachement *insécure* quand l'enfant prévoit que les figures d'attachement restent insensibles à ses demandes ou lui apportent des réponses inadéquates. Un modèle d'attachement *évitant* est caractérisé par un mal-être dans les relations intimes et le modèle *préoccupé* par une recherche de plus de proximité avec une forte crainte d'être abandonné.

2. Les modèles internes d'attachement

Dans les années 80, Main, Kaplan, & Cassidy (1985), en se basant sur la théorie de Bowlby sur les comportements d'attachement, élaborent un modèle qui conçoit la théorie de l'attachement en termes de représentations internes. Au cours des premières expériences relationnelles, l'enfant construit mentalement des attentes quant aux événements et aux comportements des personnes qui l'entourent lorsqu'elles interagissent avec lui (Pierrehumbert, 2003). La régularité des comportements des figures de l'entourage permettra à l'enfant d'organiser ses attentes en modèles opérants (*internal working models*¹⁴). Ces modèles vont lui permettre au cours de sa vie de guider les relations avec ses partenaires sociaux.

Main et ses collaborateurs (1985) proposent différents types de *modèles internes*, définissant l'état d'esprit du sujet à l'égard de ses relations d'attachement. Ces modèles sont définis par la manière dont l'individu perçoit et intègre les souvenirs de ses premiers liens d'attachement et les rend ou non significatifs et utiles pour établir de nouveaux liens au cours de sa vie. Le modèle interne *sécure* ou autonome se caractérise par un sentiment de continuité interne qui permet à l'individu d'utiliser ses ressources pour établir de nouvelles relations et faire face à l'adversité. Au contraire, le modèle interne *insécure détaché* décrit des personnes désengagées émotionnellement à l'égard des expériences relationnelles, ayant peu d'accès à leurs souvenirs, alors que le modèle *insécure préoccupé* renvoie à une restitution plutôt confuse et

¹³ Dans le cadre de cette recherche, nous utiliserons les termes *sécure* et *insécure* issus de l'Anglais, et adaptés au français : *sécure* et *insécure*.

¹⁴ *Internal working models*, traduit en français par « *modèles internes d'attachement* ».

peu cohérente des expériences relationnelles du passé (Pierrehumbert, 2003 ; Pierrehumbert, Karmagniola, Sieye, Meister, Milkovitch & Halfon, 1996).

Il a été montré que l'attachement *insécuré* est fortement représenté dans les populations cliniques, alors que les populations non cliniques ont un modèle d'attachement majoritairement *sécuré* (Van-Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Plusieurs études ont montré également la stabilité du *modèle interne d'attachement* à travers le parcours de vie (Benoit & Parker, 1994 ; Moore, 1997).

3. Attachement, adolescence et psychopathologie

Les processus de séparation et d'autonomisation ont été décrits comme une tâche fondamentale liée à la période de l'adolescence. Dans la mesure où cette tâche développementale implique une nouvelle distanciation avec les figures d'attachement de l'enfance, il est pertinent d'investiguer quelle est la place des représentations des premiers liens lors de ce processus. Les comportements de recherche d'autonomie de l'adolescent peuvent être considéré comme faisant partie du système d'exploration et ils ne peuvent s'épanouir que si le système d'attachement assure un minimum de sécurité. Cette notion est confirmée par les travaux qui indiquent que la présence de comportements de recherche d'autonomie chez les adolescents est hautement corrélée avec les indices d'une relation positive avec les parents (Allen, Kuperminc, Moore, Bell, 1998).

Dans ce contexte théorique, la gestion des tâches développementales particulières à l'adolescence (séparations avec la *famille*, exigences de *l'école*, construction de l'identité sexuelle, vie intime et relations aux *pairs*, choix d'un métier, etc) est comparée à la gestion de celles vécues lors des séparations de la petite enfance (Howard & Medway, 2004 ; Pierrehumbert, *et al*, 1996).

3.1. L'attachement à l'adolescence

Pour Allen, Kuperminc et Moore (1997), la recherche de l'autonomie chez l'adolescent correspond au comportement d'exploration du jeune enfant. L'adolescent parviendrait à s'individualiser lorsqu'il sait qu'il peut se retourner vers ses parents en cas de nécessité.

Ainsi, les efforts de l'adolescent pour atteindre son autonomie et pour maintenir une proximité avec ses parents seraient le signe d'un attachement *sécuré*.

Parmi les nombreuses recherches conduites à l'adolescence, on peut retenir qu'un lien d'attachement de type *insécuré* influence négativement la manière dont le sujet fait face aux difficultés de la vie scolaire (Mayselless, Danieli, & Sharabany, 1996). En revanche, un type *insécuré évitant* est en relation avec la difficulté à exprimer les émotions et à s'ajuster aux codes sociaux (Kemp & Neimeyer, 1999). Sur le plan empirique, une relation directe a été établie entre les *modèles internes d'attachement* et le *coping* chez l'adolescent comme chez l'adulte (Jerome & Liss, 2004). Le modèle interne *sécuré* est mis en lien avec la possibilité de faire face à l'adversité en utilisant des ressources internes favorables au développement et à l'adaptation. En revanche, le modèle *insécuré* est lié à des stratégies empêchant l'utilisation des ressources permettant de faire face à la difficulté (Cortoni, 1999 ; Howard & Medway, 2004 ; Seiffge-Krenke, 2003).

3.2. Attachement et psychopathologie à l'adolescence

De nombreux auteurs se sont appliqués à étudier le lien entre attachement et psychopathologie (Atkinson & Goldberg, 2004 ; Carlson & Sroufe, 1995) mais peu se sont intéressés à la période de l'adolescence de manière spécifique (Brown & Wright, 2003 ; Rosenstein & Horowitz, 1996). Parmi toutes ces études, on remarque que les résultats ne sont pas unanimes et que la diversité des mesures employées pour évaluer le style d'attachement ne permet pas toujours la comparaison entre les différentes études. Toutefois, parmi les troubles mis en lien avec le concept d'attachement, on distingue habituellement dans la littérature les troubles externalisés, qui se réfèrent aux troubles des conduites et à l'abus de substances, des troubles internalisés, qui correspondent aux troubles affectifs, tels que les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux et ceci à tous les âges de la vie (pour une revue de la bibliographie, Guttman-Steinmetz & Crowell, 2006).

De manière générale, on accepte l'idée qu'un modèle de type *sécuré* peut fonctionner comme un facteur de protection contre le développement des troubles psychologiques et à l'inverse, un modèle de type *insécuré* peut fonctionner comme un facteur de risque. Ainsi, un *modèle interne d'attachement* de type *insécuré préoccupé* serait lié à des troubles internalisés, alors

qu'un *modèle interne d'attachement* de type *inséure détaché* serait associé à des troubles externalisés (Allen & Land, 2002 ; Nada-Raja, McGee, & Stanton, 1992).

Parmi les troubles internalisés, Irons & Gilbert (2005) ont mis en évidence le lien entre attachement et symptômes anxio-dépressifs. Des mesures passées avec 140 adolescents ont montré qu'un attachement *séure* était négativement corrélé à des symptômes dépressifs et anxieux. À l'inverse, un attachement *inséure*, aussi bien ambivalent qu'évitant, était positivement corrélé à des symptômes dépressifs et anxieux. D'autres données de cette étude tendent à montrer que la relation entre l'attachement et ces symptômes se ferait à travers la perception du statut social. Concernant les troubles externalisés, pour Doyle & Moretti (2000), l'attachement *inséure* serait un facteur de risque de la délinquance à l'adolescence, lorsqu'il est associé à l'appartenance à une population à risque

Muris, Meesters, Morren et Moorman (2004), sur la base de questionnaires administrés à 441 adolescents tout-venants, ont mis en évidence que les adolescents ayant un modèle d'attachement *inséure* de type évitant ou ambivalent affichent plus de colère et d'agressivité que les adolescents avec un style d'attachement *séure*. L'attachement *inséure* a également été mis en lien avec les troubles des conduites alimentaires (Armstrong & Roth, 1989). Les résultats de cette recherche montrent que 96 % des sujets présentant des troubles des conduites alimentaires ont un attachement de type *inséure*. Toutefois, pour Eggert *et al.* (2007), le lien entre conduites alimentaires et attachement serait indirect et aurait pour médiateur certaines dimensions de la personnalité.

Enfin, Ponizovsky, Nechamkin et Rosca (2007) ont testé l'hypothèse selon laquelle un attachement *inséure* serait associé à un diagnostic de schizophrénie, ses symptômes et son évolution. Ainsi, 30 patients hommes présentant un diagnostic de schizophrénie et 30 patients contrôles ont passé un questionnaire auto-rapporté d'attachement. Les résultats ont montré que si les patients souffrant de schizophrénie ne se différencient pas du groupe contrôle sur le score moyen d'attachement *séure*, c'est le cas en ce qui concerne les scores d'attachement *inséure* ambivalent et évitant. Toutefois, seul le style d'attachement *inséure* évitant corrèle positivement avec les symptômes positifs et négatifs de la maladie. Enfin, les travaux d'Aviezer, Resnick, Sagi, & Gini (2001) et de Jacobsen & Volker (1997) montrent que le

phénomène de rupture avec le système scolaire et la famille est significativement lié aux modèles internes d'attachement *insécure*¹⁵.

3.3. Attachement et consommation de substances psychoactives

Plusieurs études, utilisant différents instruments d'évaluation ont été mises en place ces dernières décennies. Sicher (1998) a étudié le lien entre attachement et abus de substances, en administrant l' « *attachment history questionnaire* », le « *parental attachment questionnaire* » et l' « *adult attachment scale-revised* » à 62 adultes résidants dans un centre de désintoxication, ainsi qu'à un groupe contrôle de 57 adultes non toxicomanes. Les résultats montrent que le groupe de sujets toxicomanes éprouvaient des manques plus importants dans leurs attachements durant l'enfance que les sujets du groupe contrôle.

Un autre étude réalisée auprès d'adultes en utilisant des questionnaires de type auto-rapporté (comme celui de Hazan & Shaver, 1987) signale un lien entre la consommation de substances psychoactives et le style d'attachement évitant (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, Kustner, & Eckert, 2005), alors que les études utilisant l' « *Adult Attachment Interview (AAI)* » (Main & Goldwyn, 1987) produisent des résultats inconsistants. Ces derniers auteurs ont utilisé le système de codage de Bartholomew (1990) pour évaluer l'attachement dans un échantillon de 71 adolescents allemands toxicomanes, âgés de 14 à 25 ans, et de 39 sujets contrôles. Les résultats montrent qu'un attachement *insécure* de type « *fearful* » (l'auteur propose une classification des *insécures* dans les catégories *fearful*, *preoccupied*, *dismissing*) est prédominant chez les adolescents toxicomanes, alors que les sujets contrôles ont un attachement de type principalement *sécure*.

Lockwood (2004) a administré également des mesures de type auto-rapporté concernant la participation à des activités à risques, telles que la consommation de substances, ainsi que l' « *Adolescent Attachment Interview* » à 82 étudiants en psychologie. Il apparaît qu'un attachement de type *sécure* est négativement corrélé avec la participation à des conduites à risque, alors qu'un attachement de type *désorganisé*¹⁶ est significativement corrélé à

¹⁵ Nous utilisons, pour définir les trois types de modèles d'attachement, les termes provenant de l'anglais : *sécure* et *insécure*.

¹⁶ Dans la classification proposée par Main *et al.* (1985), il est proposé cette quatrième catégorie, caractérisée par

l'utilisation de drogues. Une autre étude réalisée auprès de 133 adolescents de milieu rural âgés de 16 à 19 ans (Kostelecky, 2005) montre que la consommation d'alcool et de *cannabis*, ainsi que celle d'autres drogues, est en lien avec un attachement de type *insécure*. Quelques travaux montrent également qu'il existe un lien entre le modèle d'attachement *insécure* et la consommation de substances psychoactives (Allen, Hauser, Borman-Spurel, 1996 ; Lee & Bell, 2003 ; Pierrehumbert, Bader, Miljkovitch, Mazet, Amar, & Halfon, 2002). Il ressort de ces études que les trois types de *modèles internes d'attachement* peuvent être utilisés comme un moyen d'évaluer les représentations que le sujet se fait de ses liens.

Parallèlement, d'autres études n'ont pas trouvé de liens clairs entre ce phénomène et les catégories d'attachement. Une étude administrant une série de questionnaires à 115 adolescents tous-venants, classe les adolescents selon la fréquence de leur consommation et leur type d'attachement. Les résultats ne montrent aucun lien entre le style d'attachement et la consommation de substances (Beyer, 2003). Une autre étude étudiant le lien entre les souvenirs précoces, le style d'attachement, le rôle des pairs et la consommation de substances chez un groupe de 121 adolescents tout-venants arrive aux mêmes conclusions (Dimino, 2003). Les adolescents ont été classés selon la sévérité de leur consommation de substances et les résultats montrent que le style d'attachement n'est pas associé au niveau de consommation de substance.

Concernant le lien spécifique entre *modèle interne d'attachement* et consommation de *cannabis* chez l'adolescent, nous n'avons pas trouvé d'étude. Tous les travaux montrent les efforts de différents chercheurs pour trouver des relations entre les différentes pathologies et les modèles d'attachement. Cependant, les diverses hypothèses sont tant confirmées qu'infirmeries et ne permettent pas d'établir des liens clairs entre les *modèles internes d'attachement* et la consommation de *cannabis*.

des personnes ayant souffert de traumatismes, de mauvais traitements ou de deuils restés « non résolus ». En d'autres termes, ces personnes ne sont pas parvenues à une élaboration mentale qui aurait permis de reprendre une certaine distance émotionnelle à l'égard de ces événements. Nous n'avons pas retenu cette catégorie car elle n'est pas mesurée par l'instrument que nous utilisons (cf. Etude II).

Résumé

La théorie de l'attachement apporte un éclairage sur la problématique des liens et notamment l'importance des premiers liens aux figures parentales pour le développement social et la santé mentale. La représentation interne de ces liens a été catégorisée en trois *modèles internes d'attachement* : modèle *sécuré*, modèle *insécuré détaché* et modèle *insécuré préoccupé*. Les modèles internes de type *insécuré* peuvent être associés à différentes pathologies chez l'adolescent, soit de type troubles externalisés (troubles des conduites, abus de substances), soit de type troubles internalisés (troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles alimentaires).

En ce qui concerne les liens entre *modèles interne d'attachement* et consommation de substances psychoactives, les études montrent, de manière générale, que les sujets qui souffrent de toxicomanie ont des modèles internes de type *insécuré*. Certaines études tentent d'approfondir ces conclusions, sans apporter de clarification concluante.

CHAPITRE V

ANXIETE ET COPING

Dans une perspective développementale, la période de l'adolescence est décrite comme le passage de l'enfance à l'âge adulte et caractérisée comme une étape de transition au cours de laquelle le sujet est confronté à une série de changements physiques et psychiques (Jackson & Goossens, 2006). Certains auteurs présentent cette période comme impliquant certaines tâches, appelées « tâches développementales » (Seiffge-Krenke & Shulman, 1990). Les tâches développementales sont définies à la fois par les transformations corporelles et par les opérations psychologiques nécessaires à l'intégration d'une nouvelle image de soi et à la construction de l'identité. De même, elles comprennent toutes les tâches destinées à l'intégration sociale de l'individu : l'intégration dans un groupe de *pairs*, la gestion des exigences *scolaires*, la nouvelle dynamique avec la *famille*, les choix de formation, l'autonomisation vis-à-vis de la *famille*, etc. (Compas *et al.*, 2001; Plancherel, 1998 ; Scharf, Maysless, & Kivensson-Baron, 2004).

Si les tâches développementales sont considérées comme sources de stress et génératrices d'*anxiété*, l'adolescent est donc contraint de gérer ces situations en affrontant le stress qu'elles comportent au moyen de différents types de stratégies, soit pour résoudre les difficultés, soit pour les éviter. L'évolution vers la pathologie dépendrait de l'incapacité de l'individu à faire face aux difficultés occasionnées dans la relation avec son environnement ; autrement dit, l'incapacité à mettre en place des stratégies de *coping* lui permettant de surmonter les difficultés liées aux processus de développement (Lazarus & Folkman, 1984).

1. L'anxiété

Spielberger, (1976, 1983, 2006) considère l'état d'*anxiété* comme un état émotionnel caractérisé par une sensation subjective de tension. Cet état est souvent accompagné d'idées

d'appréhension, de panique et/ou de préoccupation et associé à une activation du système nerveux autonome (augmentation du rythme cardiaque, de la pression sanguine, de la respiration et de la tonicité musculaire). L'expérience subjective d'*anxiété* est souvent associée à des comportements particuliers, comme des perturbations du langage, évitement d'un objet ou d'une situation, expressions de crainte et immobilisation totale (Kowalski, 2000). L'*anxiété* a été liée à des phénomènes externes et internes au sujet qui perturbent l'équilibre de celui-ci avec son environnement. Bien que l'*anxiété* (ou angoisse), soit considérée comme une émotion entraînant du déplaisir, elle n'est considérée comme pathologique qu'à partir du moment où elle inhibe les programmes d'action du sujet (Bourguignon & Pedinielli, 2000).

Le concept de « peur » est souvent utilisé pour définir l'*anxiété*. Même si ces termes sont souvent utilisés de manière aléatoire, ils sont différents. La peur est une réponse à un danger clairement identifié, tandis que l'*anxiété* est une réponse à une menace non identifiable, ou à l'anticipation d'un danger. La phobie est définie, quant à elle, comme une *anxiété* excessive face à un stimulus particulier. L'*anxiété* peut avoir un effet délétère sur les comportements et les cognitions. Cependant, comme d'autres émotions, l'*anxiété* peut avoir un caractère adaptatif, notamment en cas de danger réel pour la survie du sujet (Kowalski, 2000).

Les symptômes d'*anxiété* sont parmi les plus fréquents chez l'adolescent. Le rôle des aspects environnementaux dans le développement des pathologies d'origine anxieuse est aujourd'hui indéniable (Marra, Dimitrescou, & Garel, 2000). Comme à d'autres âges de la vie, l'*anxiété* peut apparaître à l'adolescence comme le centre d'une souffrance psychique, comme la caractéristique majeure d'un trouble (angoisse ou troubles de la séparation, troubles phobiques, *anxiété* généralisée, etc.). La classification diagnostique DSM-IV TR répertorie une douzaine de diagnostics différents sous le label de « troubles anxieux » : attaque de panique, phobies spécifiques, phobie sociale, état de stress post-traumatique et *anxiété* généralisée.

1.1. Anxiété-état et anxiété-trait

L'expérience de l'*anxiété* est ressentie de manière différente selon les personnes. Alors que certaines se sentent fréquemment anxieuses, d'autres ne ressentent que rarement de l'*anxiété*.

La distinction entre état *d'anxiété* et trait *d'anxiété* représente un approfondissement dans la compréhension de cette émotion (Spielberger, 2006).

L'*anxiété-état* se réfère à un sentiment temporaire *d'anxiété* dans une situation donnée (« je me sens anxieux »). L'*anxiété-trait*, quant à elle, reflète la tendance ou la prédisposition de certaines personnes à évaluer le danger à travers le filtre de *l'anxiété*, sans rapport direct à une situation donnée. Les réponses à ces situations seront donc des comportements anxieux (« je suis une personne anxieuse »). Le trait anxieux ne signifie pas que la personne est chroniquement anxieuse, mais qu'elle a une plus forte tendance à vivre les situations de manière anxieuse (Spielberger, 1976, 2006). Une troisième catégorie, *l'anxiety sensitivity*, est définie comme la peur envers des sensations ou des symptômes corporels liés à *l'anxiété*.

La psychologie cognitive met l'accent sur le processus d'évaluation de la réalité (*appraisal theories*). Celui-ci implique deux étapes : la première consiste à évaluer la menace dans l'environnement ; la seconde à évaluer la capacité individuelle à faire face à la demande imposée par l'environnement. Dans cette recherche, nous nous intéressons principalement aux aspects en lien avec la réaction de l'individu. Des prédispositions génétiques, les expériences infantiles, les événements de vie négatifs, certains processus d'information et de cognition contribuent à la création et au maintien de *l'anxiété* (Kowalski, 2000).

1.2. Évaluation de l'anxiété

L'*anxiété* a été évaluée à travers des questionnaires auto-rapportés (*self-report*), des observations du comportement, ainsi que des mesures physiologiques. Les mesures de *self-report* peuvent être divisées en trois catégories : 1) le trait anxieux ; 2) l'état anxieux ; 3) la situation spécifique (anxiété sociale). Un des instruments les plus couramment utilisés en tant que mesure de *self-report* est le *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI, Spielberger, 1983). Cet instrument demande aux participants de répondre à 20 items, en indiquant l'intensité de *l'anxiété* de chaque expérience¹⁷.

¹⁷ Cet instrument est utilisé dans l'étude III, une description exhaustive est effectuée dans le chapitre Méthode, Etude III.

1.3. *Anxiété et consommation de cannabis*

Plusieurs auteurs ont montré la relation entre les troubles anxieux et la consommation de substances psychoactives (Chinet, *et al.*, 1998 ; Boyle & Offord, 1991 ; Hüsler *et al.*, 2005 ; McGee *et al.* 2000 ; Miller *et al.*, 1996 ; Miocque *et al.*, 2003 ; Segal & Stewart, 1996 ; Wittchen, Frohlich, Behrendt, Gunther, Rehm, Zimmermann, *et al.*, 2007), mais la littérature expliquant les mécanismes sous-jacents à la relation entre *anxiété* et consommation ou dépendance au *cannabis* reste pauvre (Buckner *et al.*, 2007).

Quelques études ont déjà signalé *l'anxiété* comme étant un facteur interne à l'individu en lien avec la consommation régulière de substances psychoactives (Buckner *et al.*, 2007 ; Bukstein, Brent & Kaminer, 1989 ; Degenhardt, 2002 ; Kokkevi & Stefanis, 1995 ; Laure *et al.*, 2005 ; Neighbors, Kempton, & Forehand, 1992 ; Pohorecky, 1991). De même, d'autres études ont mis en évidence la relation entre la consommation de *cannabis* et les troubles anxieux (Hüsler *et al.*, 2005 ; McGee *et al.* 2000 ; Miocque *et al.*, 2003). *L'anxiété* sociale a également été mise en avant en ce qui concerne les relations entre *cannabis* et *anxiété* (Buckner *et al.*, 2005). Ces auteurs ont réalisé une étude auprès de jeunes adultes de sexe féminin, dans le but d'analyser les relations entre consommation de *cannabis*, *anxiété* et *coping*. Les résultats montrent que la consommation de *cannabis* est associée à l'*anxiété* sociale, mais n'est pas associée aux troubles anxieux. Ces résultats ont été confirmés auprès d'une population de 700 adolescents des deux sexes (Arehart-Treichel, 2007).

Certains chercheurs se sont demandé si les troubles anxieux étaient à l'origine d'une consommation pathologique, ou au contraire, si la consommation pathologique était à l'origine de l'installation de troubles anxieux. Des données empiriques montrent que ce lien existe dans un sens comme dans l'autre. Pour les jeunes adolescents, les troubles anxieux peuvent être considéré comme un facteur de risque pour la consommation de *cannabis*, tandis que pour les plus âgés, la consommation peut être considérée comme un facteur de risque de développement de troubles anxieux (McGee *et al.* 2000 ; Miller *et al.*, 1996).

Afin de mieux comprendre la relation entre la consommation de substances psychoactives et *l'anxiété*, des chercheurs ont utilisé les différentes mesures d'*anxiété* : *l'anxiété-TRAIT*, *anxiété-ETAT* et *l'anxiety sensitivity*. Norton (2001) montre dans une revue de la littérature, que certaines études signalent que *l'anxiety sensitivity* est un bon prédicteur de la consommation de substances psychoactives, y compris du *cannabis*. Une recherche réalisée

auprès de 508 adolescents scolarisés et non scolarisés (filles et garçons, âge moyen 15 ans) a mis en évidence qu'un haut niveau d'*anxiety sensitivity* augmentait significativement la consommation de substances psychoactives, notamment d'alcool et de tabac, mais qu'elle est associée plutôt à l'évitement de la consommation de *cannabis* (Comeau *et al.* 2001). Ceci est expliqué par le fait que les effets du *cannabis* peuvent ressembler à certains symptômes de troubles anxieux, notamment les attaques de panique (Buckner *et al.*, 2007 ; DeHaas, Calamari, Bair, & Martin, 2001 ; Taylor, 1999).

Selon d'autres travaux la consommation de cannabis se trouve plutôt liée à l'*anxiété-TRAIT* plutôt qu'à l'*anxiété-ETAT* (Tournier, Sorbara, Gindre, Swendsen, & Verdoux, 2003 ; Patton, Coffey, Carlin, Degenhardt, Lynskey, & Hall, 2002). Une étude portant sur les liens entre l'abus de substances psychoactives, l'estime de soi et l'*anxiété* met en évidence un lien significatif entre la consommation de *cannabis* et la mauvaise estime de soi, ainsi qu'un lien significatif avec l'*anxiété-TRAIT*, même si l'estime de soi et l'*anxiété* ne sont pas liées entre elles (Taylor & Del Pilar, 1992).

Les conclusions de ces travaux vont dans le sens de l'approche appelée « *tension reduction theories* » (Cappel & Greeley, 1987 ; Pohorecky, 1991 ; Wills *et al.*, 2001b), selon laquelle l'utilisation de substances psychoactives vise à réduire un état de malaise, d'anxiété ou de tension péniblement supportable pour le sujet. De ce point de vue, la consommation de substances psychoactives est une stratégie visant à apaiser la tension provoquée par une situation anxiogène.

2. Stress et stratégies de coping

Le stress est compris comme une relation particulière entre la personne et son environnement, relation perçue comme excédant ses ressources, menaçant son bien-être et générant de l'*anxiété* (Lazarus & Folkman 1984). Il s'agit du résultat d'une mauvaise gestion de la relation avec l'entourage. Le stress peut être compris comme un processus dynamique médiatisé par deux autres processus : l'évaluation cognitive de l'événement et les stratégies pour y faire face, c'est-à-dire les stratégies de *coping* (Paulhan & Bourgeois, 1995 ; Lazarus & Folkman, 1984).

2.1. Stress chez l'adolescent et tâches développementales

Les événements de vie « négatifs » que le sujet a rencontré au cours de son histoire sont considérés comme des stressseurs « majeurs » (Compas, Connor, Saltzman, & Thomsen, 1999 ; Lazarus & Folkman, 1984). Ainsi, les maladies graves (du sujet lui-même ou d'un membre de sa famille), les divorces, les deuils, les difficultés économiques, les abus sexuels, etc., sont considérés comme des événements de vie négatifs qui viennent altérer un certain équilibre, créant une source de problèmes et générant des difficultés supplémentaires que le sujet devra affronter¹⁸.

L'effet des événements existentiels négatifs sur la santé des adolescents est clair, mais cet effet reste relatif si l'on ne tient pas compte des stressseurs « mineurs » de la vie quotidienne, identifiés comme « les tracas quotidiens » (Seiffge-Krenke, 1995). Pour cet auteur, il existe un lien entre les stressseurs « majeurs » et les stressseurs « mineurs », lien qui peut être expliqué de deux manières différentes. D'une part, les tracas quotidiens peuvent amener à un événement existentiel (par exemple, des discordes familiales peuvent aboutir à un divorce), rendant le sujet plus vulnérable pour faire face aux événements existentiels. D'autre part, un événement existentiel peu engendrer aussi des tracas quotidiens (par exemple, un divorce peut rendre la gestion des liens familiaux plus complexe et source de préoccupations).

Ces situations problématiques de la vie quotidienne, signalées comme ayant un impact sur la santé des adolescents, sont souvent liées à des émotions telles que la frustration, l'irritation et l'humeur dépressive (Bolognini *et al.*, 1996 ; Butters, 2001; Plancherel, Bettschart, Bolognini, Dumont, & Halfon, 1997). En relation à la consommation de substances psychoactives, il a été démontré que le stress quotidien a un impact sur la consommation quotidienne. Les événements quotidiens négatifs sont ainsi associés à un désir de consommer de l'alcool (Carney, Armeli, Tennen, Affleck, & O'Neol, 2000) et d'autres substances, telles que le *cannabis* (Fernandez *et al.*, 2006 ; Wills, Sandy, & Yaeger, 2001a).

Les tâches développementales, en raison de leur implication dans le stress quotidien, sont considérées comme génératrices d'*anxiété* et entraînant des émotions négatives. Différentes recherches évaluant les stressseurs quotidiens, les stratégies de *coping*, ainsi que l'*anxiété*, se sont centrées sur ces tâches développementales, comme par exemple les situations

¹⁸ Ce sujet est également développé dans le chapitre 2 : Parcours développementale, liens sociaux et MIA.

d'apprentissage scolaire et social, les premières relations intimes, les choix d'un métier. Ces travaux montrent l'intérêt qu'il y a de tenir compte de l'*anxiété* et des stratégies de *coping* dans l'étude des consommations de substances psychoactives, notamment, le *cannabis*.

2.2. Les stratégies de « coping »

Le *coping* est défini comme l'ensemble des actions et des cognitions permettant de faire face à l'adversité, de changer ou de supporter les situations anxieuses, permettant de tolérer, d'éviter ou de minimiser les effets du stress (Lazarus & Folkman, 1984). Différents travaux de recherche mettent en évidence une association entre les stratégies de *coping* et l'*anxiété* (Compas, David, & Suls, 2001). Dans ces travaux, il est accepté de manière générale, qu'une augmentation du stress entraîne une augmentation de l'*anxiété*. Les stratégies de *coping* sont définies comme les comportements ayant pour but de donner une réponse cognitive ou comportementale, afin de réduire ou de maîtriser le malaise provoqué pour une situation anxieuse. D'après certains auteurs (Kavsek & Seiffge-Krenke, 1996 ; Watson, David, & Suls, 1999), le *coping* possède les caractéristiques d'un trait de personnalité, à savoir la stabilité dans le temps et dans différents contextes.

En ce qui concerne l'adolescence, on ne peut définir le *coping* sans tenir compte du processus développemental du sujet (Compas *et al.*, 2001). En effet, les stratégies utilisées pendant l'enfance n'ont pas nécessairement la même signification durant l'adolescence (par exemple s'adresser aux parents pour parler d'un conflit avec ses pairs). Plusieurs conceptualisations du *coping* chez l'adolescent ont été directement inspirées du modèle de Lazarus et Folkman (1984). De même, le choix des stratégies peut varier selon les problèmes et selon les situations, ce qui est considéré comme une flexibilité dans les manières de gérer le stress (Cheng, 2003). Compas et ses collaborateurs (1999) définissent le *coping* comme les réponses conscientes visant à réguler les émotions, les pensées, le comportement et l'environnement en réponse à des situations ou des événements stressants. Cette régulation est influencée par le développement biologique, cognitif, social et émotionnel de l'individu. De même, le degré de développement détermine les ressources pour faire face aux situations problématiques (*ibid.*). Pour ces auteurs, le *coping* fait partie des mécanismes ou processus d'autorégulation, mais ces concepts ne sont pas synonymes. En effet, il existe des mécanismes d'autorégulation en dehors des circonstances considérées comme sources de stress.

Dans la plupart des définitions du *coping*, les réactions qui échappent au contrôle volontaire du sujet ne sont pas comprises (activités inconscientes qui ont été conceptualisées plutôt comme des « mécanismes de défense »). Par contre, on peut inclure dans la définition, les mécanismes automatisés qui constituent des réponses apprises, dont la maîtrise ne requiert plus un contrôle conscient (Compas *et al.*, 2001). Ces mécanismes automatiques, tels que la rumination, les idées envahissantes, l'inaction et l'impulsivité ou les actions involontaires ont été plutôt mis en lien avec les capacités individuelles à exprimer les problèmes émotionnels à travers le comportement (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Harding Thomsen, & Saltzman, 2000).

On définit quatre composantes principales intervenant dans le processus du *coping* (Plancherel, 1998) :

- 1) la demande, c'est-à-dire les facteurs stressants : événements ponctuels, tracas quotidiens, tâches développementales,
- 2) les ressources : soit des ressources individuelles, comme les traits de personnalité, les moyens matériels ou humains pour résoudre des problèmes, les connaissances, les habilités, la santé émotionnelle, l'estime de soi ; soit des ressources sociales et relationnelles, comme les relations familiales, avec les pairs, le réseau social, l'appartenance aux groupes et/ou institutions,
- 3) la perception subjective des situations en termes de demandes, ainsi que les ressources utilisables pour répondre à ces demandes,
- 4) le « *coping* » proprement dit, c'est-à-dire la réponse cognitive ou comportementale pour réduire ou maîtriser un état interne négatif.

Concernant le dernier point, une vaste littérature a été consacrée à l'étude de différents types de stratégies utilisées par les individus. De même, les différentes situations dans lesquelles les individus utilisent les stratégies de *coping* sont prises en compte. De nombreuses classifications de ces stratégies ont été élaborées. Ces classifications peuvent néanmoins se résumer au moyen de quelques catégories fondamentales. Certains auteurs opposent les « stratégies centrées sur la régulation des émotions » aux « stratégies centrées sur la résolution des problèmes » (Wills *et al.*, 2001b). Dans les premières stratégies, on trouve des actions telles que : « s'en prendre aux autres », « essayer de ne pas s'inquiéter », « voir ce qui est

positif », alors que dans les secondes on trouve : « rechercher de l'information », « rechercher un support social », « essayer de faire autrement ».

D'autres auteurs opposent les stratégies caractérisées par une action ou un mouvement d'approche (ou engagement), visant à résoudre la situation stressante aux stratégies caractérisées par un évitement (ou désengagement) de la situation source de stress (Compas *et al.*, 2001 ; Altschuler & Ruble, 1989). Cette dernière conceptualisation ne comporte pas de jugement de valeur ; une stratégie (d'approche ou d'évitement) sera ajustée à une situation en fonction de la nature de cette situation et des ressources de la personne. L'utilisation d'un type de stratégie de *coping* relèverait à la fois d'une prédisposition (Watson *et al.*, 1999) et de facteurs situationnels (Parker & Endler, 1992). Ces études ont montré que même si certains sujets ont une prédisposition à utiliser un type de stratégies au détriment de l'autre, les circonstances environnementales ont également une influence non négligeable sur le choix d'une stratégie (Seiffge-Krenke, 1995).

En ce qui concerne le *coping* à l'adolescence, les mêmes classifications ont été retenues (Compas *et al.*, 2001). Ces auteurs soulignent la nécessité de tenir compte de la manière dont les enfants et les adolescents font face à l'adversité. Ceci, selon eux, aurait un impact sur la manière de faire face au stress plus tard et sur le développement des différentes pathologies. Le type de stratégie de *coping* privilégié durant l'enfance déterminerait ainsi les stratégies utilisées durant l'adolescence et la vie adulte.

L'étude du *coping* chez l'adolescent s'avère complexe. Compas et ses collaborateurs (2001) signalent l'importance de construire un modèle incluant non seulement des actions volontaires, mais aussi des actions involontaires sous-jacentes au choix des stratégies utilisées pour faire face au stress. Pourtant les modèles expérimentaux pour ce genre de recherches s'avèrent complexes et difficiles à mettre en place, car ils nécessitent le contrôle de toute une série de variables en condition de laboratoire (fatigue, humeur, expérience quant à la situation de test, etc.).

Seiffge-Krenke (1995) a mis en évidence 20 stratégies de *coping* les plus fréquemment employées par les adolescents pour faire face aux situations de stress. Des analyses factorielles réalisées sur ces 20 stratégies mettent en évidence une classification en trois types de catégories (Seiffge-Krenke, 1993) :

1. Le *coping actif* consistant à évaluer le problème et à mobiliser des ressources sociales et cognitives pour le résoudre, s'exprimant à travers les catégories :

- je discute du problème avec mes parents ou des adultes,
- je parle du problème dès qu'il se présente et ne m'inquiète pas beaucoup,
- j'essaie d'obtenir de l'aide auprès des institutions (centre d'accueil, maison de quartier),
- j'essaie de parler du problème avec la personne concernée,
- je cherche de l'information dans les magazines, les encyclopédies et les livres,
- j'essaie d'obtenir de l'aide et du réconfort auprès d'autres personnes qui sont dans la même situation,
- j'essaie de régler le problème avec l'aide de mes amis.

2. Le *coping interne* consistant à une activité mentale qui viserait à préparer l'action ultérieure, s'exprimant à travers les catégories :

- je connais mes limites et je les accepte,
- je fais avec,
- je pense au problème et j'essaie de trouver différentes solutions,
- je me dis que de toute façon il y aura toujours de problèmes,
- je ne pense au problème que lorsqu'il se présente,
- je m'attends au pire.

3. Le *coping de retrait* ou *d'évitement* reflétant une vision fataliste du problème, une certaine passivité et une incapacité à résoudre les situations (Seiffge-Krenke, 1995 ; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990), s'exprimant à travers les catégories :

- j'agis comme si de rien n'était,
- j'essaie de ne pas penser au problème,
- j'exprime la colère et le désespoir que je ressens en criant, en claquant les portes,
- j'essaie de me défouler en écoutant de la musique forte, en conduisant une moto, en dansant, en faisant du sport, etc,
- j'essaie d'oublier le problème en consommant de l'alcool et de la drogue,
- je laisse faire parce que de toute façon je n'y peux rien.

Cette classification recoupe d'une certaine manière la classification dichotomique de l'approche versus évitement. Les deux premières catégories (*active* et *interne*), pouvant être regroupées sous l'étiquette « approche » et la troisième catégorie représentant les stratégies d'*évitement* (Seiffge-Krenke & Shulman, 1990).

2.3. L'évaluation du coping

La plupart des modèles relatifs au *coping* ont été développés sur la base de population adultes (Compas *et al.*, 2001). De même, les instruments pour évaluer les stratégies de *coping* se basent sur ce même type de populations. Les instruments pour étudier le *coping* chez les adolescents ont donc été influencés par les différentes approches de ce domaine. Il existe une grande variété d'instrument pour les adultes, certains d'auto-évaluation et d'autres d'hétéro-évaluation (Rüger Blömert, & Förster, 1990). Ces instruments se différencient par le domaine étudié, soit les stratégies utilisées pour faire face aux événements existentiels, soit les stratégies utilisées pour faire face aux tracas quotidiens (Bettschart, Bolognini, & Plancherel, 1991).

Concernant les adolescents, il existe plusieurs instruments visant à évaluer les réponses centrées sur l'environnement, ainsi que les problèmes généraux de l'adolescence comme le *A-Cope* (Patterson, 1987). Dans cet instrument, il est demandé au sujet de noter sur une échelle allant de « jamais » à « presque toujours » ce qu'il fait lorsqu'il se trouve dans des situations stressantes. Les 54 items composant le questionnaire se regroupent d'après une analyse factorielle en une douzaine de dimensions : résoudre les problèmes en famille, se divertir, rechercher un support social, éviter les problèmes, prendre les choses avec humour, exprimer ses sentiments négatifs, etc. Ce questionnaire ne fait donc pas référence à des situations spécifiques.

Seiffge-Krenke (1995) propose un autre instrument administré sous forme d'auto-évaluation (*self-report*), qui a l'avantage de résumer les stratégies de *coping* en 20 items (décrites ci-dessus). L'instrument investigate l'utilisation de ces stratégies dans 8 situations de la vie de l'adolescent. Le sujet est questionné sur ce qu'il fait quand un problème survient : à l'école, avec un enseignant, avec les parents, avec les amis, avec le partenaire, avec soi-même, avec

l'avenir et avec le temps libre. (CASQ « *Coping Across Situations Questionnaire* », Seiffge-Krenke, 1993)¹⁹.

Différences selon le sexe

Concernant le sexe, les travaux montrent que les garçons et les filles se différencient quant à leur manière de faire face au stress, c'est-à-dire en relation aux stratégies de *coping* utilisées. Certains auteurs considèrent que ces différences ont un lien avec la manière d'évaluer les événements, ainsi que le stress qui s'en dégage (Boekaerts, 1996) ; les filles évalueraient la circonstance de manière plus fine et prendraient plus de temps que les garçons. Certaines études montrent que les filles utilisent davantage de stratégies de type actif et interne que les garçons, alors que les stratégies de retrait ou évitement sont utilisées dans la même mesure par les deux sexes (Seiffge-Krenke, 1995). Ces différences sont marginales au début de l'adolescence et se creusent vers la fin de celle-ci.

2.4. Les stratégies de coping et la consommation de cannabis

L'association entre *coping* et psychopathologie comporte une vaste littérature. Une revue de cette littérature effectuée par Compas et ses collaborateurs (2001) montre que les différents chercheurs sont d'accord pour affirmer que la manière dont les enfants et les adolescents font face aux situations stressantes semble être en lien avec le développement de différentes pathologies (*ibid.*). Plus récemment, on a associé le *coping* aux troubles dépressifs (Vulic-Prtoric & Mackuca, 2006 ; Papadakis, Prince, Jones, & Strauman, 2006), ainsi qu'aux troubles anxieux (Stillerman, 2007). La plupart des travaux consacrés à ces problématiques montrent que le *coping actif*, d'engagement ou d'approche est associé à un développement psychologique ajusté. En revanche, le *coping* de type désengagé ou *d'évitement* est associé à un développement psychologique désajusté (Compas *et al.*, 2001). Cette association apparaît tant pour des problèmes de type internalisé que pour des problèmes de type externalisé.

¹⁹ Ce questionnaire est utilisé dans l'Etude III. Une description exhaustive est disponible dans le chapitre « Méthode », Etude III.

De nombreuses recherches mettent en lien les stratégies de *coping* et la consommation de substances psychoactives. Depuis une dizaine d'années, elles se sont centrées sur la consommation de tabac et d'alcool (Wills *et al.*, 2001b). Ces recherches investiguent ce que les adolescents font quand un problème survient dans le contact avec la famille, l'école ou leur vie intime. Ces actions, pour faire face ou pour éviter les situations problématiques, ont été ainsi étudiées comme des stratégies de *coping*. L'utilisation des stratégies *d'évitement* a été également liée à la consommation d'alcool et d'autres substances chez les adolescents (Bobadilla & Taylor, 2007 ; Cooper, Russel, Skinner, Frone, & Mudar, 1992 ; Laurent, Catanzaro, & Callan, 1997 ; Rumpold, Klinseis, Dornauer, Kopp, Doering, Höfer, *et al.*, 2006).

Grebot et Barumandzadeh (2005) montrent qu'un nombre significatif d'étudiants privilégient des stratégies de *coping* négatives ou « dysfonctionnelles ». Par exemple, les étudiants qui consomment de l'alcool et d'autres substances, utilisent le sommeil comme une fuite et ont des conduites auto-agressives ou hétéro-agressives. Ces auteurs décrivent l'accès à l'enseignement supérieur comme une situation potentiellement stressante et nécessitant le développement de stratégies de *coping* ajustées (recherche d'informations, recherche de soutien social, etc.).

Wagner, Myers et McIninch (1999) montrent que de manière générale, la consommation de substances psychoactives est davantage liée aux stratégies basées sur les émotions (*strategies emotion focused*) qu'à celles basées sur la résolution des problèmes (*strategies problem focused*). Dans une recherche portant sur une population adulte, Bobadilla et Taylor (2007), mettent en évidence que la consommation de substances psychoactives est en lien avec les stratégies de *coping* de type émotionnel. D'autres chercheurs montrent que les adolescents utilisant des stratégies *anger coping* ou *avoidant coping* développent plus facilement une consommation de substances psychoactives élevée et augmentent plus rapidement leur consommation que ceux utilisant des stratégies *decision making* (Wills *et al.*, 2001a).

Les stratégies de *coping* ont enfin été mises en relation avec le risque de rechutes vers la dépendance à des substances psychoactives telles que l'alcool ou le *cannabis*, chez des jeunes adultes (Tapert, Senses Ozyurt, Myers, & Brown, 2004). Cette étude met en évidence que le *coping* joue un rôle important dans le fait de rechuter ou non dans un comportement dépendant. En effet, les individus qui rechutent privilégient des stratégies évitant les conflits,

accompagnées d'un sentiment de culpabilité. En revanche, ceux qui ne reprennent pas une consommation utilisent davantage de stratégies de type « chercher du support ».

Résumé

Une revue de la bibliographie sur les travaux réalisés en relation à l'*anxiété* et au *coping* permet de rassembler les informations suivantes :

Les tâches développementales à l'adolescence sont signalées comme source de stress et d'*anxiété*. Celles-ci, liées à un contexte et à une histoire de vie, semblent avoir un poids important sur le développement de l'individu ainsi que sur la consommation dépendante de substances psychoactives, dont le *cannabis*. La manière dont l'adolescent fait face à l'*anxiété*, issue soit des tâches développementales, soit des événements de vie négatifs imprévus, semble également jouer un rôle déterminant.

Certains travaux montrent que l'*anxiété*, en particulier l'*anxiété-trait*, est associée à la consommation de différentes substances psychoactives, y compris le *cannabis*. Parallèlement, la littérature sur les stratégies de *coping* montre que la dépendance à des substances psychoactives est en lien avec le choix de stratégies de *coping* de type « évitant ». En revanche, les adolescents ne développant pas de dépendances à des substances psychoactives privilégient l'utilisation de stratégies « d'action », « d'approches » ou basées sur la « résolution de problèmes ».

Les conclusions de ces travaux montrent que la consommation d'un produit est une manière de réguler les états internes dans le sens d'une « réduction de la tension », mais ils n'avancent pas toujours d'explications sur les raisons amenant un adolescent à choisir un type de stratégie de *coping* au détriment d'un autre. De même, elles ne se penchent pas sur les raisons pour lesquelles un adolescent se trouve dans une situation d'angoisse, d'anxiété, de tension, et pour quelles raisons il a recours à l'utilisation d'une substance pour réduire cette tension, alors que d'autres adolescents utilisent d'autres moyens plus ajustés et moins pathologiques.

Il existe peu de travaux évaluant de manière spécifique la consommation et la dépendance au *cannabis* en relation à l'*anxiété*. En effet, ces évaluations doivent tenir compte des différents types de consommation (récréative, auto-thérapeutique, anesthésique), en prenant également

en considération les effets recherchés et l'impact de ceux-ci sur le contexte psychosocial et sur le développement à long terme. Peu de travaux sont consacrés directement à la dépendance au *cannabis* ainsi qu'aux mécanismes d'installation de ce comportement. A nouveau, il apparaît clairement qu'une perspective développementale, tenant compte des raisons à la base des états internes de l'individu (*anxiété*, choix de stratégies de *coping*), pourrait amener des éléments indispensables à la compréhension de cette problématique.

À partir des données de la littérature et des observations cliniques, nous pouvons considérer la consommation problématique de *cannabis* comme un processus adaptatif, un moyen de régulation, certes mal adapté, du sujet avec lui-même et son environnement. Certains le considèrent comme une stratégie de *coping* en soi, d'autres comme une conséquence de l'utilisation des stratégies de *coping*.

CHAPITRE VI

SYNTHESE DE LA LITTERATURE ET PROBLEMATIQUE

La présente recherche se propose d'approfondir les connaissances sur la consommation et la dépendance au *cannabis* chez les adolescents. Elle s'appuie sur une approche multifactorielle qui tient compte des parcours de vie de ces adolescents (*parcours scolaire* et *parcours de soins*), du contexte social, (qualité des liens avec la *famille*, le groupe de *pairs*, l'*école*) et des représentations internes de ces liens (*modèles internes d'attachement*). Le rôle de l'*anxiété* et la gestion de celle-ci (*coping*) sur la dépendance au *cannabis* sont également étudiés. Après une revue de la littérature, nous résumons dans ce chapitre les principaux éléments issus des différents travaux et nous présentons la problématique de la recherche.

1. Consommation de cannabis et dépendance au cannabis

Les données épidémiologiques montrent que la consommation de *cannabis* a connu ces dernières décennies une augmentation importante auprès de la population générale des pays occidentaux. Bien qu'une stabilisation relative soit enregistrée depuis quelques années, la consommation demeure préoccupante en raison de l'âge de plus en plus précoce des consommateurs. Les enquêtes montrent en effet, qu'une grande partie des consommateurs débute avant l'âge de 15 ans.

De nombreuses études ont décrit les effets à court et long terme provoqués par la consommation de *cannabis* et s'accordent à reconnaître la variabilité de ceux-ci, les effets n'étant pas les mêmes selon que la consommation est occasionnelle ou régulière. Prise de manière occasionnelle, la substance peut avoir un effet de stimulation, modifier la perception et l'état de conscience et donner une sensation agréable de légèreté et de bien-être. La consommation régulière en revanche est associée à un effet d'inhibition importante et lorsqu'elle est intense et à long terme, elle peut entraîner des conséquences négatives sur le développement de l'individu. Par exemple, les performances scolaires peuvent s'affaiblir,

pouvant même aboutir à une rupture avec le système scolaire ou de formation professionnelle en compromettant l'intégration sociale et l'avenir professionnel des individus.

Les facteurs associés à la consommation de *cannabis* sont multiples et montrent l'aspect multifactoriel de ce phénomène. Il convient cependant de distinguer ceux qui sont associés au début de la consommation ainsi qu'à une consommation occasionnelle ou récréative, de ceux qui sont associés à la dépendance. Les conséquences sur la santé et sur le développement sont en effet nettement différentes dans ces deux situations. Le début de la consommation, ainsi que la consommation ponctuelle ont été associés à la vulnérabilité et aux caractères propres à l'adolescence (changements physiques, nouveaux défis développementaux, besoin d'adaptation aux nouvelles exigences du contexte social, curiosité, recherche de sensations). En revanche, la consommation régulière, voire dépendante, est associée à des facteurs tels que les traits de personnalité (trait anxieux, personnalité borderline) ou à des composantes psychopathologiques (troubles de l'humeur, troubles du comportement). Les principaux facteurs de risques mentionnés par les études sont : l'anxiété, la difficulté à tolérer la frustration, une faible estime de soi, les troubles de l'humeur, la dépression et les conduites suicidaires, l'échec scolaire et une personnalité impulsive.

Bien que de nombreuses recherches mettent en évidence des facteurs de risque de la consommation ou de la dépendance au *cannabis*, elles n'expliquent pas toujours la manière dont ces facteurs sont impliqués dans l'installation de ce comportement. La plupart des études se basent sur des associations statistiques pour mettre en évidence des facteurs de risque et une minorité d'entre elles se penche sur l'étude de l'évolution de ces troubles dans une approche développementale.

Certains adolescents accumulant des facteurs de risques mentionnés ci-dessus, vont devenir dépendants alors que d'autres, avec les mêmes facteurs, ne le deviendront pas. Pour mieux comprendre ce phénomène, il est nécessaire d'étudier le contexte social de ces adolescents ainsi que les trajectoires et l'enchaînement des diverses étapes qui conduisent un individu à un comportement pathologique tel que la consommation dépendante. De même, il s'avère intéressant de tenir compte des aspects propres au sujet et à sa manière de gérer ses états internes ainsi que les difficultés rencontrées dans son parcours développemental.

Les études empiriques menées ces trois dernières décennies en matière de dépendance physique au *cannabis*, sont arrivées à des conclusions contradictoires. Certains de ces travaux,

étudiant la dynamique chimique du THC dans l'organisme n'ont pas pu identifier un véritable phénomène de tolérance ni un syndrome de sevrage chez des êtres humains alors que d'autres ont mis en évidence quelques preuves de l'existence de ces phénomènes chez des animaux. Par contre, il existe un consensus quant à l'existence d'une série de comportements qui permettent de poser un diagnostic de dépendance selon les critères de la classification DSM-IV. Selon ces critères, un sujet est considéré comme « dépendant » lorsqu'il n'arrête pas sa consommation même si celle-ci devient compulsive et dégrade sa qualité de vie, la qualité de ses liens et la qualité de son avenir personnel et professionnel. Cependant, ces critères se basent sur une notion générale de dépendance à des substances psychoactives. Étant donné l'augmentation de la consommation de *cannabis* dans la population générale, une révision de ces critères serait utile pour mieux répondre aux besoins des cliniciens de l'adolescence. Il s'avère important de pouvoir mieux identifier les caractéristiques particulières de la dépendance au *cannabis*.

Une revue de la littérature montre que dans la plupart des recherches, la consommation de cannabis est étudiée parmi la consommation d'autres substances comme l'alcool, le tabac ou même des drogues dures comme la cocaïne ou l'héroïne. De plus, dans beaucoup d'études, il n'existe pas toujours une distinction claire entre les différents types de consommation (occasionnelle ou récréative, auto-thérapeutique ou anesthésique). S'intéresser de manière particulière à la consommation de cannabis, ainsi qu'aux effets recherchés par les consommateurs (effet euphorique, anxiolytique ou anesthésique), permettrait d'explorer davantage les éléments internes psychologiques de ce processus ainsi que le rôle de la substance dans le fonctionnement psychique des sujets dépendants.

2. Consommation de cannabis et liens sociaux

Les *liens sociaux* constituent des points d'appui, des repères fondamentaux influençant de manière significative le développement de l'individu. La littérature montre qu'ils ont également un impact sur l'apparition de troubles psychiques tels que la consommation ou la dépendance à des substances psychoactives. Les études empiriques explorant les relations entre la qualité des *liens sociaux* et la consommation de *cannabis* ne sont pas nombreuses. Néanmoins, une série de travaux identifient des facteurs de risque et des facteurs de protection en ce qui concerne la consommation de substances psychoactives, y compris le *cannabis*. Les

relations avec la *famille*, par exemple, semblent avoir une influence sur ce comportement. Cette influence peut être positive (facteur de protection) quand les liens sont satisfaisants et rassurants, ou négative (facteur de risque) quand les expériences familiales se caractérisent par des conflits et des séparations. De la même manière, dans la relation au groupe de *pairs*, une bonne qualité des relations semble fonctionner comme une protection alors qu'une mauvaise qualité de ceux-ci fonctionnerait comme un facteur de risque. La vie *scolaire* est signalée également comme un terrain sur lequel une grande partie des apprentissages et du processus de socialisation ont lieu. L'arrêt de la scolarité est considéré alors comme un facteur de risque important pour l'installation de la consommation, voire de la dépendance au *cannabis*.

Cependant, les études empiriques restent peu nombreuses et présentent des données confondant la consommation de *cannabis* avec celle d'autres drogues, ceci sans tenir compte des différents types de consommation. De plus, elles n'étudient pas toujours en profondeur le contexte dans lequel la consommation se déroule. Il apparaît donc indispensable de pouvoir étudier davantage la qualité de ces *liens*, leur impact sur les trajectoires individuelles, ainsi que leur implication dans l'installation d'une dépendance au *cannabis*.

L'étude des *modèles internes d'attachement* devrait permettre d'enrichir cette réflexion. De nombreux travaux ont permis de montrer, à différents âges de la vie et auprès de différentes populations, que le type de *modèle interne d'attachement* était significativement associé à la qualité des *liens sociaux* que le sujet entretient avec autrui. En effet, ces modèles compris comme la représentation des premiers liens à des figures parentales servent de modèles pour l'élaboration des liens établis ultérieurement. Les *modèles internes d'attachement* ont été considérés comme des stratégies élaborées afin de faire face aux tâches du développement psychique, stratégies sur lesquelles viendrait s'appuyer le développement des stratégies de *coping*.

Les études empiriques montrent que les modèles internes de type *insécure* constituent un facteur de risque important pour le développement de différents troubles psychiques, y compris la dépendance à des substances psychoactives. À l'inverse, le modèle de type *sécure* est considéré comme un facteur de protection contre le développement de ces troubles. Cependant, les études n'ont pas pu identifier un lien causal entre un type de modèle *insécure* (détaché, préoccupé) et la dépendance à des substances psychoactives. En ce qui concerne la

consommation de *cannabis*, il n'existe pas de travaux éclairant de manière spécifique les relations particulières entre celle-ci et les *modèles internes d'attachement*.

3. Consommation de cannabis, anxiété et coping

La revue de la littérature en matière d'*anxiété* et de *coping* montre que la dépendance à des substances psychoactives peut être comprise comme une tentative de gestion des états internes déplaisants tels que les états d'angoisse, d'anxiété ou de tension. La période de l'adolescence avec ses tâches développementales est signalée comme source de stress et d'*anxiété*. La manière dont l'adolescent fait face à cette *anxiété*, semble jouer un rôle déterminant dans son développement. Concernant les liens entre la dépendance à des substances psychoactives et l'*anxiété*, certains travaux proposent de distinguer différentes dimensions de celle-ci (*anxiété-trait*, *anxiété-état* et *anxiété-sensitivity*). Ces travaux montrent que la consommation de différentes substances s'associe de manière particulière avec chacune de ces trois dimensions de l'*anxiété*. En effet, l'*anxiété sensitivity* a été signalée comme ayant un rôle particulier dans le phénomène de dépendance à l'alcool et à d'autres drogues dures. En revanche, l'*anxiété-trait* semble avoir un rôle plus important dans l'installation d'une consommation dépendante au *cannabis*. Cependant, il n'existe que peu de travaux évaluant de manière spécifique la dépendance au *cannabis* en relation à l'*anxiété*. À nouveau, nous pensons que ces évaluations doivent tenir compte des différents types de consommation (récréative, auto-thérapeutique, anesthésique), en prenant également en considération les effets recherchés et l'impact de ceux-ci sur le contexte psychosocial et sur le développement à long terme.

En matière de choix de stratégie de *coping*, une grande majorité d'auteurs s'accorde pour affirmer que la dépendance à des substances psychoactives est en lien avec l'utilisation de stratégies de *coping* de type « évitement ». Les adolescents ne développant pas de dépendances à des substances psychoactives privilégient, quant à eux, l'utilisation de stratégies « d'action », « d'approche » ou basées sur la « résolution de problèmes ». Cependant, peu de travaux sont consacrés de manière spécifique à la dépendance au *cannabis*. En effet, la consommation de cette substance est souvent évaluée parmi la consommation d'autres substances psychoactives et ceci sans différencier la consommation récréative de la consommation dépendante.

Les résultats de la plupart de ces études confirment l'idée que la consommation de drogues est une tentative de réguler les états internes désagréables dans le sens d'une «réduction de la tension». Cependant, elles ne proposent pas d'explications ni sur les raisons de ces états internes ni sur la question de savoir pourquoi certains adolescents ont recours à l'utilisation d'une substance pour réduire cet état de tension, alors que d'autres utilisent des moyens plus ajustés et moins nocifs. De même, elles ne proposent pas non plus d'explications sur les raisons amenant un adolescent à choisir un type de stratégie de *coping* au détriment d'une autre.

À partir des données de la littérature et des observations cliniques, nous pouvons considérer la consommation dépendante de *cannabis* comme un processus adaptatif, un moyen pathologique de réguler des tensions internes. Nous pensons qu'une approche multifactorielle, peut apporter des éléments qui éclairent la problématique dans ce sens. En effet, nous proposons de tenir compte de certains aspects du parcours développemental de l'individu, des liens que le sujet établit avec son contexte social ainsi que de ses états internes. Il semble intéressant d'inclure dans cette approche une évaluation portant sur le rôle actif du sujet, c'est à dire sur la gestion individuelle des exigences du développement ainsi que des états internes et des relations au contexte social.

4. Proposition de recherche

Dans la tentative de comprendre pourquoi certains adolescents ont recours à une consommation pathologique pour faire face à leurs états internes résultant d'exigences tant internes qu'externes, nous proposons une étude qui explore ces relations dans le cadre d'une approche multifactorielle, tenant compte tant des aspects du parcours développemental que des aspects du contexte actuel dans lequel cette consommation se déroule.

Le travail clinique avec des adolescents en rupture scolaire et/ou de formation professionnelle, montre que ces adolescents connaissent souvent une problématique de rupture de *liens sociaux* qui a des racines dans leur parcours de vie. Les expériences négatives au sein de la *famille*, avec le milieu *scolaire* et avec les *pairs* n'ont pas permis à ces adolescents de construire des *liens sociaux* stables et rassurants pouvant être des repères et des ressources rendant possible un développement harmonieux. De plus, ces adolescents ont eu précocement accès à des substances psychoactives, notamment le *cannabis* et beaucoup d'entre eux en

consomment de manière régulière et en grande quantité, creusant ainsi davantage l'écart qui les sépare des filières scolaires et/ou de formation.

Lorsque la qualité des *liens sociaux* est dégradée, l'adolescent se trouve en situation de précarité pour affronter les défis du développement et la vulnérabilité propre à la période de l'adolescence aggrave la problématique déjà existante. Plusieurs auteurs ont émis l'idée que les exigences du développement ainsi que les événements de vie négatifs produisent des états affectifs internes créant une tension et menant le sujet à chercher des stratégies afin de réduire cette tension. Nous pensons donc que la dépendance au *cannabis* constitue une tentative de gestion de ces états internes qui s'installe quand le sujet n'a pas pu développer d'autres stratégies moins nocives. Le but de cette recherche est donc d'étudier la dépendance au *cannabis* en évaluant : les éléments de la réalité externe à l'individu en relation à ce phénomène (*liens sociaux, parcours* du développement), les états internes qui y sont liés (*anxiété*) et les ressources que le sujet lui-même a pu mettre en place pour gérer les défis du développement (*coping*).

5. Hypothèse théorique

Le plan expérimental de ce travail de recherche se base sur l'idée qu'un niveau de tension interne élevé, lié aux tâches développementales propres à l'adolescence et aux événements de vie négatifs, entraîne une augmentation des sensations internes déplaisantes provoquant un état d'*anxiété*. Cet état, associé à une dégradation de la qualité des *liens sociaux* augmente la détresse et diminue les capacités de l'individu à utiliser ses ressources pour faire face à l'adversité. Dépourvu de ressources, le sujet privilégie l'utilisation de stratégies de *coping d'évitement*. Ceci ne favorise pas l'élaboration de ressources nouvelles et stables pour la résolution des nouvelles situations problématiques auxquelles il sera confronté. Le sujet se trouve ainsi encore davantage dans l'incapacité de s'adapter à son environnement et à faire face aux défis développementaux. Cette situation entraîne encore une augmentation de l'*anxiété*. L'effet anxiolytique du *cannabis* vient apaiser le sujet qui commence alors à avoir recours systématiquement à la consommation de cette substance, donnant ainsi lieu à une consommation de type dépendant.

La partie expérimentale de notre travail se divise en trois études:

L' Etude I se propose d'explorer (à partir des dossiers de l'institution) le contexte historique, individuel et social dans lequel la *rupture scolaire* et de *liens sociaux* s'est produite. Nous nous intéressons au début de la consommation de *cannabis*, au *parcours de soin* et au *parcours scolaire* des adolescents afin d'étudier l'histoire de cette problématique et d'identifier des parcours ou trajectoires individuelles.

L'Etude II vise à évaluer la qualité actuelle des *liens sociaux* de l'adolescent ainsi que les *modèles internes d'attachement* en relation à la gravité de la consommation de *cannabis*.

L'Etude III a pour but d'étudier le rôle de *l'anxiété* et du *coping* dans l'installation de la dépendance au *cannabis*.

6. Méthode, aspects généraux

Dans une perspective multifactorielle et dans le but de mieux comprendre quels sont les facteurs conduisant un adolescent à une dépendance au *cannabis*, nous avons mis en place un plan expérimental prenant en considération différents aspects :

- a) des données historiques sur l'enfance des sujets ainsi que quelques informations sur leurs parcours de vie : *parcours scolaire* et *parcours de soins*,
- b) des données sur le contexte de vie (*liens sociaux*) dans lequel la consommation de *cannabis* se déroule ainsi qu'une évaluation des représentations des premiers liens (*modèles internes d'attachement*),
- c) des données sur l'état interne des adolescents (*anxiété*) et sur la manière dont ils gèrent cet état interne ainsi que les liens avec le contexte social (*coping*).

Le plan expérimental s'organise ainsi en trois études visant des objectifs particuliers :

- L'Etude I vise à étudier de manière chronologique quelques éléments des parcours de vie des adolescents se trouvant en situation de *rupture scolaire* et de *liens sociaux*, beaucoup d'entre eux consommateurs de *cannabis* ou dépendants à cette substance. Nous avons utilisé les dossiers de prise en charge de ces adolescents et à l'aide d'une grille, nous avons répertorié les principaux éléments de leurs parcours ainsi que quelques éléments historiques concernant leur consommation de *cannabis*.

- L'Etude II vise à étudier le rôle des *liens sociaux* dans la consommation de *cannabis* ; plus particulièrement le rôle de la rupture de ces liens. Une évaluation des représentations des premiers liens (*modèles internes d'attachement*) est incluse dans les analyses comme une donnée psychologique complémentaire sur la relation entre les *liens sociaux* et la consommation de *cannabis*.
- L'Etude III vise à étudier l'impact de *l'anxiété* et des stratégies de *coping* sur l'installation de la dépendance au *cannabis*.

Les aspects méthodologiques des études (population, recrutement et évaluation des sujets, instruments, procédure) sont présentés séparément à l'intérieur de chaque étude (cf. Etude I, Etude II, Etude III). En effet, les objectifs de chacune requièrent différentes approches méthodologiques et s'appliquent à des groupes différents.

L'Etude I concerne l'exploration des dossiers des adolescents pris en charge dans un Centre de jour et ne comporte pas d'administration de questionnaires. Il s'agit d'une étude rétrospective sur des informations contenues dans les dossiers. La quasi-totalité des adolescents admis au Centre entre 2001 et 2004 (N = 100) est incluse dans cette étude.

Les Etudes II et III comportent l'évaluation d'un certain nombre de variables à travers l'administration de questionnaires (cf. présentation des instruments). Pour ces deux Etudes, seulement 50 adolescents parmi les 100 suivis au Centre (groupe Clinique GC) ont répondu aux questionnaires administrés. La plupart de ces questionnaires ont été également administrés à 60 adolescents scolarisés (groupe Non Clinique GNC).

Afin d'assurer une bonne fiabilité des données, tous les évaluateurs ayant travaillé avec les deux groupes ont été formés à l'administration des questionnaires ainsi qu'à l'uniformisation de la procédure d'évaluation.

7. Cadre éthique

La confidentialité du traitement de données ainsi que l'anonymat en ce qui concerne le groupe contrôle a été garanti. Les 110 adolescents participant à la recherche ont été informés avant de

signer leur accord de participation quant à la procédure d'évaluation et à l'utilisation des données récoltées. Ils pouvaient à tout moment décider de ne plus répondre aux questionnaires et demander la destruction des documents.

Tenant compte du type de problématique étudié ainsi que du statut de mineur de la plupart des sujets, les parents de ces adolescents ont signé un accord de participation.

Le projet de recherche a été approuvé par la Commission d'éthique de la FPSE (Université de Genève) en novembre 2004.

PARCOURS SCOLAIRE, PARCOURS DE SOINS ET CONSOMMATION DE CANNABIS CHEZ L'ADOLESCENT EN RUPTURE SCOLAIRE ET DE LIENS SOCIAUX

- ETUDE I -

L'Etude I vise à retracer certains aspects des parcours de vie des adolescents en rupture scolaire et de *liens sociaux* (pris en charge dans un Centre de jour) à travers l'analyse de leurs dossiers. Pour comprendre la problématique de *rupture scolaire* et de *liens sociaux* ainsi que la consommation de *cannabis*, il nous a paru important de nous intéresser aux différents stades du développement précédant l'adolescence.

1. Objectifs

- Récolter des informations relatives à la consommation de *cannabis* des adolescents en rupture scolaire et de *liens sociaux*, pris en charge dans l'Institution.
- Décrire leur *parcours scolaire*, ainsi que la *rupture scolaire* ou de formation professionnelle²⁰.
- Décrire le *parcours de soins* de ces adolescents depuis l'âge de 3-4 ans (début de la scolarisation) jusqu'à l'adolescence.
- En fonction des éléments dégagés, identifier des trajectoires « types » ou de *patterns* dans les *trajectoires de soin*.

²⁰ Nous appelons « rupture scolaire ou de formation professionnelle » une interruption de la scolarité ou de la formation professionnelle, ayant une durée d'un mois ou plus, sans qu'elle soit motivée par une maladie somatique.

2. Méthode

L'Etude I porte sur les aspects rétrospectifs de la vie des adolescents en *rupture scolaire* et de *liens sociaux*, notamment leurs *parcours scolaires*, leurs *parcours de soins* et le début de la consommation de *cannabis*. Cette Etude se divise en deux parties. La première concerne une étude exploratoire, descriptive, effectuée à partir des informations disponibles dans les dossiers cliniques de l'Institution. La deuxième concerne l'analyse des *trajectoires de soin* des adolescents afin de pouvoir comparer les parcours individuels entre eux.

2.1. Population

La présente étude est réalisée sur la base du dépouillement des dossiers cliniques de 100 adolescents pris en charge au Centre Psychopédagogique pour Adolescents de décembre 2001 à juin 2005, âgés entre 12 et 19 ans (36 filles et 64 garçons). Au moment de leur admission au Centre, tous se trouvent en situation de rupture scolaire ou de formation professionnelle. De même, avant d'entrer au Centre, la plupart d'entre eux sont concernés par des problèmes psychologiques.

2.2. Sélection des dossiers

Deux évaluateurs ont tout d'abord sélectionné les dossiers pouvant être inclus dans l'échantillon. Les critères d'inclusions étaient:

- le traitement de l'adolescent au Centre doit être d'une durée d'au moins 1 mois,
- le dossier doit contenir des informations suffisantes pour :
 - savoir si l'adolescent est (ou était) consommateur de cannabis et fournir des informations sur le début de cette consommation,
 - permettre de retracer les principaux éléments du *parcours scolaire*,

- permettre de retracer les principales interventions de *soin*²¹ reçues par l'adolescent.

2.3. Procédure

Deux évaluateurs ont effectué le dépouillement des dossiers à l'aide des deux grilles présentées ci-dessous. Les versions finales de ces grilles ont été retenues après remaniement de plusieurs versions successives et après analyse en double-aveugle des cinq premiers dossiers dépouillés.

2.4. Instruments et mesures, grilles d'analyse des dossiers

Afin de faciliter la récolte et la classification des données contenues dans les dossiers des adolescents, trois grilles ont été construites²² :

1. Une grille sur les données générales (âge, sexe, configuration familiale, informations générales sur la consommation de cannabis)
2. Une grille sur le parcours scolaire incluant des informations concernant:
 - le nombre d'années de scolarisation,
 - le dernier niveau scolaire réussi,
 - le dernier niveau scolaire non réussi,
 - les changements d'école,
 - les redoublements,
 - le type d'école fréquenté (école ordinaire, internat, école spécialisée),
 - le nombre de ruptures avec l'école ou la filière de formation,
 - l'âge et le niveau scolaire lors de la première rupture scolaire ou de formation professionnelle,

²¹ Par « Intervention de soin », nous entendons toute intervention (ponctuelle ou à long terme) d'un professionnel de la santé et/ou du domaine socio-éducatif visant à introduire un changement ou améliorer une situation problématique dans la vie de l'adolescent. Nous distinguons un « contact » avec un professionnel du réseau d'une « intervention », par le fait que dans cette dernière le professionnel a réalisé une action propre à son domaine d'activité afin d'évaluer ou modifier la réalité.

²² Un modèle de chacune de ces grilles est disponible en annexe.

- la modalité de la première *rupture scolaire* ou de formation professionnelle (abandon, expulsion, absence de projet).

3. Une grille sur le *parcours de soin* incluant des informations concernant :

Le type d'intervention de soin :

- scolaire : interventions des infirmières scolaires, psychologues scolaires, conseillers sociaux,
- psychologique : consultation psychologique ou psychiatrique, évaluation, expertise, psychothérapie, thérapies médicamenteuses,
- socio-éducative : encadrement éducatif par des assistants sociaux, tutelle, curatelle,
- médical : consultations auprès d'un médecin généraliste en relation à un problème psychique,
- judiciaire : jugement, placement judiciaire,
- toxico-dépendance : consultation et thérapie pour des problèmes de dépendances à une substance psychoactive.

Le type d'interventions « psychologiques »²³

- évaluations : évaluations psychologiques réalisées par un psychologue ou un psychiatre en milieu public ou privé,
- expertises : réalisées par un psychologue ou psychiatre en milieu public ou privé,
- hospitalisations: séjour en institution du milieu psychiatrique de plus de 24 h,
- psychothérapies ambulatoires : traitement d'une durée d'un mois ou plus, en milieu privé ou ambulatoire,
- thérapies médicamenteuses : traitement médicamenteux dans le cadre d'un suivi ou psychothérapies en milieu public ou privé,
- le nombre d'interventions de soin,

²³ Par « Intervention psychologique », nous entendons toute intervention de soin (cf. note 21) effectuée par un psychologue ou un psychiatre, soit dans une institution publique, soit en milieu privé.

- l'âge et le niveau de scolarité du sujet au moment de chaque intervention,
- le type d'institution ou professionnel impliqué dans l'intervention : médico-psychologique, services sociaux, écoles,
- les motifs de la consultation : problèmes de l'adolescent annoncés par le professionnel demandeur de la prise en charge.

3. Résultats

Nous présentons dans une première partie, des résultats descriptifs sur les *parcours scolaires* et les *parcours de soins* des adolescents. Une deuxième partie est consacrée à l'analyse de comparaison des *trajectoires de soin*.

3.1. Analyses descriptives des parcours scolaire et de soins

À l'aide des trois grilles présentées ci-dessus, nous avons répertorié les principales données concernant les parcours scolaires et de soins des adolescents. Nous présentons tout d'abord les caractéristiques de la population (âge, sexe, composition familiale, nationalité) ainsi que les données concernant leur consommation de *cannabis*.

3.1.1. Description de la population

Age et sexe :

L'âge des adolescents varie entre 13 et 19 ans, la moyenne se situe à 15.96 ans (SD = 1.35) (cf. Figure 7). Les garçons représentent 64% de la population (âge moyen = 15.78 ans (SD = 1.43)) et les filles représentent 36 % (âge moyen = 16.27 ans (SD = 1.14)) (cf. Figure 8).

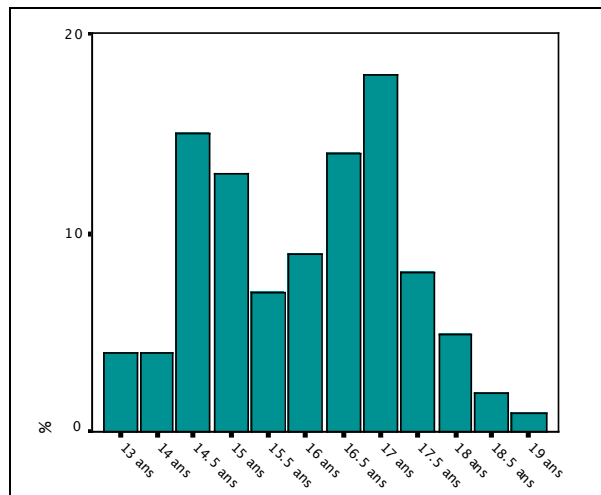


Figure 7 : Distribution des sujets en fonction de l'âge.

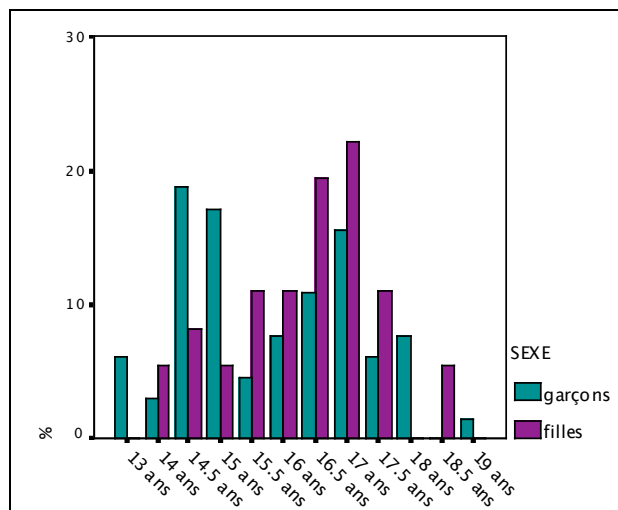


Figure 8 : Distribution des sujets en fonction de l'âge et du sexe.

La Figure 7 montre la distribution des adolescents en fonction de leur âge au moment de leur admission au Centre. Il apparaît que cette distribution est proche d'une courbe normale. Bien que la valeur moyenne se situe à 15.96, cette distribution présente deux pics, l'un entre 14.5 et 15 ans et l'autre entre 16,5 et 17 ans. Si l'on tient compte du sexe des adolescents, le pic situé entre 14.5 et 15 ans concerne davantage les garçons et le pic entre 16.5 et 17 ans concerne davantage les filles (cf. Figure 8).

Composition familiale

Nous avons récolté des informations concernant la composition familiale des adolescents pris en charge au Centre. Le Tableau 2 montre des informations sur les personnes avec qui l'adolescent partage son lieu de vie au moment de son admission dans l'Institution.

Tableau 2 : Personnes partageant le lieu de vie avec l'adolescent (N = 100).

L'adolescent vit :	N / %
Avec père et mère	33 %
Avec mère	33 %
Avec père	8 %
Avec mère et beau-père ou père et belle-mère	12 %
En foyer	9 %
Seul ou avec des amis	5 %

Nous observons dans le Tableau 2 que 41 % des adolescents vivent au sein d'une famille monoparentale (33 % avec la mère et 8 % avec le père) et que 67 % des familles ont traversé un processus de séparation, lié à des situations de divorce ou de placements.

Provenance institutionnelle des sujets

Les adolescents sont orientés au Centre par différents professionnels et institutions du réseau de prise en charge genevois en lien avec l'adolescence. Le Tableau 3 met en évidence les principales institutions d'où proviennent les demandes de soins de type psychopédagogique pour les adolescents.

Tableau 3 : Provenance des sujets et institutions partenaires (N = 100).

Type d'institution	N / %	Institution	N / %
Institutions rattachées au Département de l'Instruction Publique DIP	82 82%	Service Médico-Pédagogique	30 36.6%
		Service de Protection de la Jeunesse	35 42.7%
		Service du Tuteur Général	15 18.3%
		Structures scolaires	2 2.4%
Institutions rattachées à l'Hôpital Cantonal HUG	14 14%	Hôpital psychiatrique, Belle Idée	2 14.3%
		Centre d'Etude et Prévention du Suicide, CEPS	7 50%
		Unité de Crise pour Adolescents, UCA	5 35.7%
Demandes directes	4 4%	Adolescent lui-même	2 50%
		Famille	2 50%

Nationalité des adolescents

Plus de la moitié des adolescents (58 %) est de nationalité Suisse. Le reste (42 %) est de nationalité étrangère. Le Tableau 2 montre le détail des nationalités représentées.

Tableau 4 : Nationalités des adolescents (N = 100).

Nationalité	N / %
Suisse	58
Europe occidentale	23
Europe orientale	3
Amérique latine	9
Amérique du nord	2
Afrique	4
Asie	1

Parmi les sujets de nationalité suisse (N = 58), une grande partie (N = 37 / 63 %) a deux parents de nationalité suisse, 21 adolescents (37 %) sont issus d'un couple mixte : un parent suisse et un parent de nationalité étrangère.

3.1.2. Consommation de cannabis

Parmi les 100 adolescents, 89 déclarent consommer du *cannabis* actuellement ou en avoir consommé dans le passé alors que seulement 11 affirment n'avoir jamais consommé cette substance. Parmi les 89 adolescents consommateurs, 73 affirment en consommer encore et à différentes fréquences²⁴, 18 disent en avoir seulement consommé (au moins une fois) dans le passé.

²⁴ Les informations présentées dans ce chapitre ont été obtenues lors des entretiens d'admission à l'institution ainsi que dans les rapports que d'autres professionnels ont établis avant l'arrivée au Centre. Dans la présente Etude, qui se propose seulement de dépister la consommation, nous ne disposons pas d'informations plus détaillées sur la fréquence et sur le style de la consommation.

Pour les 89 adolescents consommateurs, l'âge du début de la consommation varie entre 12 ans et 17 ans ($M = 14.19$, $SD = 1.03$). La Figure 9 montre la distribution des adolescents selon l'âge du début de la consommation.

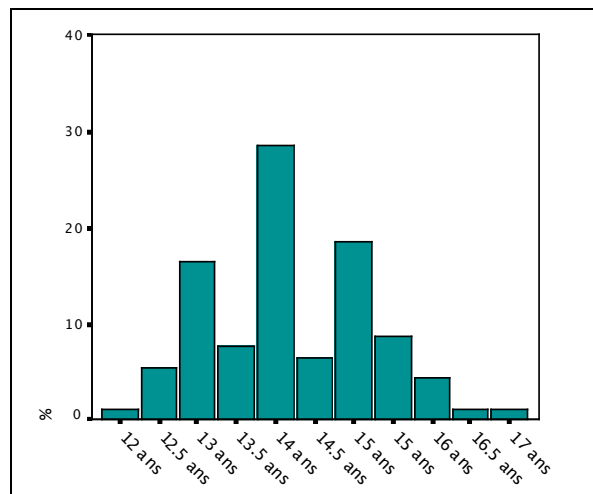


Figure 9 : Distribution des sujets selon leur âge de début de la consommation de cannabis (N = 89).

Le début de la consommation se situe pour la plupart d'entre eux au début de l'adolescence, entre 13 et 15 ans (67 %). Les adolescents qui débutent très jeunes (vers 12 ans) ainsi que ceux qui débutent vers la fin de l'adolescence (entre 16.5 ans et 17 ans) représentent une minorité (3 %).

3.1.3. Consommation de cannabis et rupture scolaire

Comme cela a été soulevé dans le cadre théorique, la consommation de *cannabis* est souvent considérée comme un facteur de risque de la *rupture scolaire*, en même temps que la *rupture scolaire* peut être considérée comme un facteur de risque de la consommation de *cannabis*. Ainsi, nous avons voulu vérifier si pour la population d'adolescents du Centre, la consommation a précédé la rupture ou à l'inverse, si celle-ci a précédé la consommation.

Il apparaît que 54 % des adolescents affirment avoir débuté la consommation de *cannabis* entre 1 à 2 ans *avant* la première *rupture scolaire*. Pour 28 %, la consommation apparaît pendant la *même période* que la rupture, alors que pour 7 % d'entre eux la consommation de *cannabis* débute *après* la rupture.

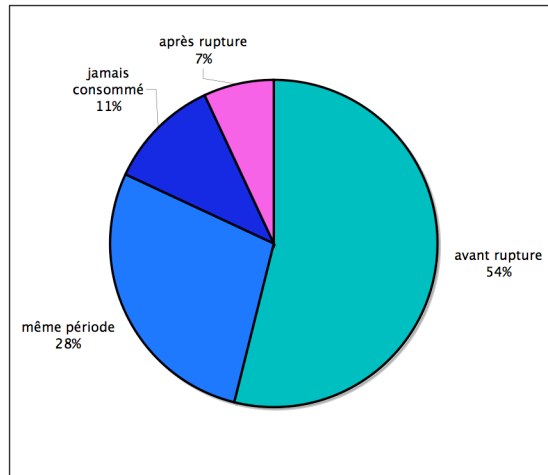


Figure 10 : Relation entre le début de la consommation et la première rupture scolaire (N = 100).

Résumé

- L'âge moyen des adolescents de la population est d'environ 16 ans ; 64 garçons et 36 filles. La grande majorité d'entre eux (96) est adressée au centre par d'autres professionnels du réseau de soins.
- Parmi les 100 adolescents, 89 consomment ou ont consommé du *cannabis*.
- Pour 54 % des adolescents consommateurs, la consommation précède la rupture scolaire, pour 28% elle apparaît en même temps et pour 9% elle se situe après la rupture.

3.2 Parcours scolaire

La majorité des adolescents pris en charge au Centre présentent un *parcours scolaire* chaotique comprenant souvent des difficultés d'apprentissage et/ou des problèmes de comportement récurrents aboutissant à une rupture avec le système scolaire.

3.2.1. Dernier niveau scolaire accompli

La Figure 11 met en évidence le dernier niveau accompli en matière de scolarité obligatoire ou post-obligatoire pour l'ensemble des adolescents.

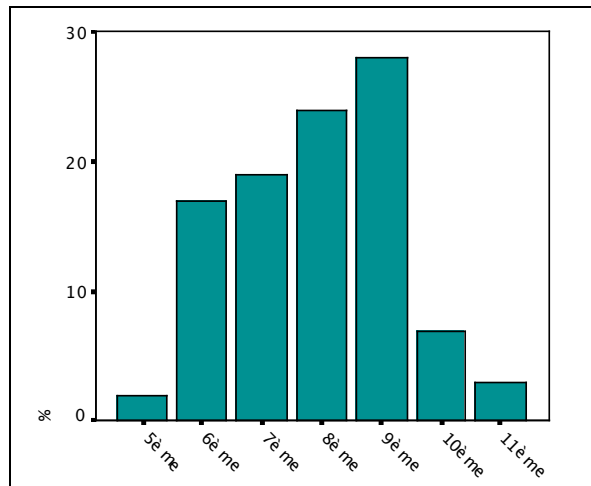


Figure 11 : Dernier niveau de scolarité accompli (N = 100).

Nous observons que 28 % des adolescents ont accompli la 9^{ème} année de scolarité (c'est à dire la scolarité obligatoire); 24 % ont accompli la 8^{ème} année ; 26 % se sont arrêtés après la 6^{ème} ou la 7^{ème} année et seulement 2 % n'ont accompli que la 5^{ème} année. 10 % des adolescents ont pu accomplir un niveau situé dans la formation post-obligatoire. On observe qu'une grande majorité de la population (90 %) n'a pas pu accomplir ne serait-ce qu'une année en formation post-obligatoire. Cependant, il faut tenir compte du fait qu'une partie de la population (36 adolescents) n'est pas encore en âge d'avoir terminé la scolarité obligatoire .

Afin de mieux interpréter ces données il convient de séparer la population en deux groupes : a) les adolescents âgés de 13 à 15 ans (encore en âge d'être scolarisé) et b) les adolescents âgés de 15 ans et demi à 19 ans (en âge d'avoir pu accomplir leur scolarité obligatoire).

Concernant les sujets du groupe a) (N = 36), 4 adolescents (11 %) se sont arrêtés pendant la scolarité primaire, et 32 adolescents (89 %) se sont arrêtés pendant la scolarité secondaire.

Parmi les adolescents du groupe b) (N = 64), 27 adolescents (42 %) ont fini la scolarité obligatoire, 27 adolescents (42 %) se sont arrêtés avant et 10 adolescents (16 %) ont entamé une formation post-obligatoire.

3.2.2. Changements d'école

Nous avons répertorié dans les dossiers le nombre de changements d'école subis par les adolescents au cours de leur *parcours scolaire* obligatoire.

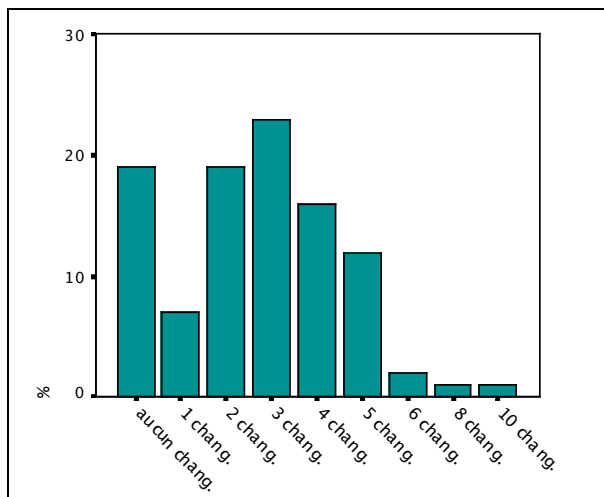


Figure 12 : Nombre de changements d'école (N = 100).

Nous observons que 19 % des adolescents n'ont jamais changé d'école ; 7 % ont changé 1 seule fois ; 70 % ont changé entre 2 et 5 fois et 4 % ont changé entre 6 et 10 fois.

3.2.3. Redoublements

L'existence et le nombre de redoublements qui ont marqué le *parcours scolaire* obligatoire des adolescents ont été également répertorié.

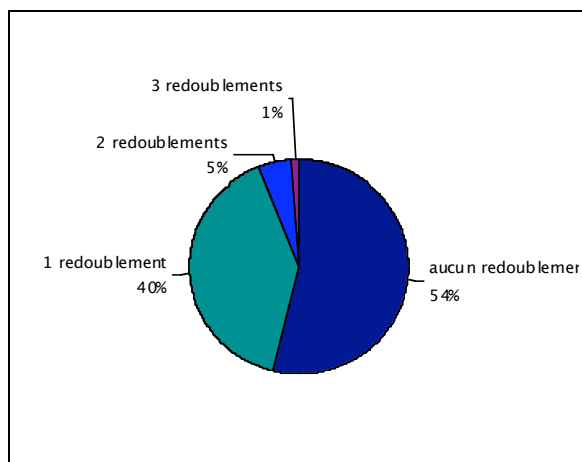


Figure 13 : nombre de redoublements (N = 100).

Un peu plus de la moitié des adolescents, à savoir 54 d'entre eux, n'ont jamais redoublé une année. Parmi ceux qui ont redoublé, 40 l'ont fait une seule fois, alors que 5 ont redoublé 2 fois et seulement 1 adolescent a redoublé 3 fois.

3.2.4. Nombre de ruptures

Certains des adolescents ont rompu une seule fois avec le système scolaire au cours de leurs parcours (73 %), certains ont rompu deux fois (18 %), certains trois fois ou plus (9%).

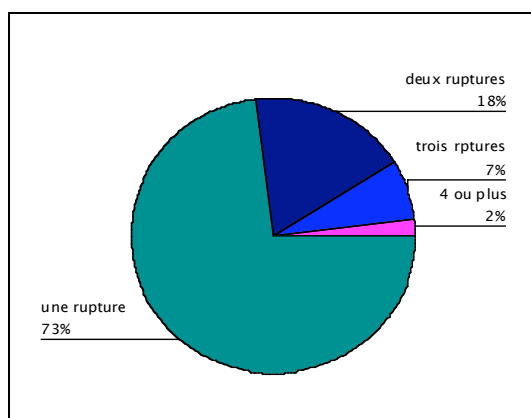


Figure 14 : Nombre de ruptures avec la scolarité ou formation professionnelle (N = 100).

3.2.5. Type de scolarité

Concernant le type de scolarité suivi par les 100 adolescents, 59 ont été intégrés, à un moment donné de leur parcours, dans une classe « spécialisée ». Les 41 restant ont toujours suivi une scolarité « ordinaire ». Parmi les 100 sujets, 20 ont suivi une partie de leur scolarité en internat.

3.2.6. Rupture scolaire ou de formation professionnelle

Concernant le déclenchement de la rupture scolaire, il apparaît que 76 % de ces ruptures sont le résultat d'un abandon de la part de l'adolescent, 21 % font suite à une mesure d'expulsion prononcée par l'institution, alors que 3 % se trouvent sans projet de formation pour la suite après avoir terminé la scolarité obligatoire (cf. Figure 15).

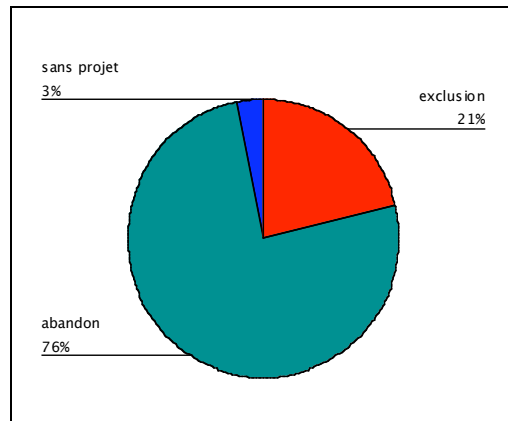


Figure 15 : Modalité de la rupture scolaire ou de formation professionnelle (N = 100).

3.2.7. Niveau scolaire au moment de la première rupture

La première interruption de la scolarité s'est produite pour 58 % des adolescents pendant le Cycle d'Orientation (école secondaire) ou une Ecole de Formation Professionnelle²⁵. Pour 37 %, la première rupture se produit lors d'une formation post-obligatoire. La rupture scolaire a eu lieu durant la scolarité primaire pour 5 % des adolescents seulement.

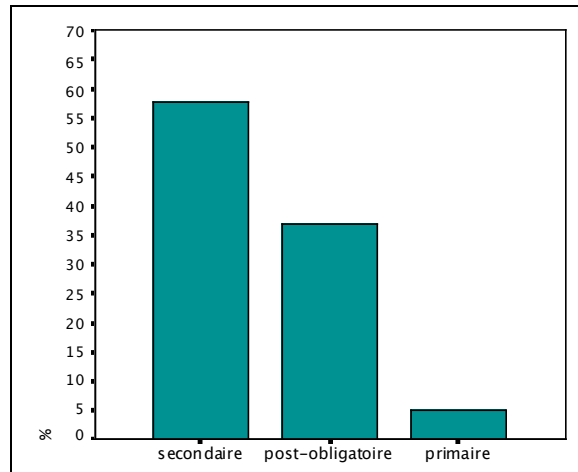


Figure 16 : Niveau scolaire lors de la première rupture (N = 100).

²⁵ Les Ecoles de Formation Professionnelles EFP accueillent les adolescents issus de la scolarité primaire de type spécialisé. Leur âge correspond à celui des adolescents qui fréquentent le Cycle d'orientation, c'est-à-dire de 12 à 15 ans, voire 16 ans.

3.2.8. Durée de la rupture

La durée de la période de rupture avec les structures scolaires ou de formation est variable. Le laps de temps écoulé entre l'arrêt de la scolarité et l'admission au Centre a été également mesuré.

Tableau 5 : Durée de la période de rupture entre l'arrêt et l'admission au CPPA (N = 100).

Durée de la période de rupture (avant admission au Centre)	%
Période de 1 à 3 mois	15 %
Période de 4 à 6 mois	35 %
Période de 7 à 12 mois	34 %
Période de plus de 12 mois	16 %

Résumé

- La plupart des adolescents de la population ont effectué un parcours scolaire très chaotique semé de changements d'école : seulement 28% ont accompli la scolarité obligatoire ; 46% ont redoublé au moins une fois ; 59% ont été déjà intégré à une classe spécialisée.
- Concernant les ruptures scolaires, 76% sont le résultat d'un abandon, 21% d'une expulsion et 3% se trouvent sans projet.
- Pour 58 % des adolescents, la rupture intervient pendant l'école secondaire (de 12 à 16 ans environ).
- La durée de la rupture est très variable : pour la plupart des adolescents (69%), elle s'étend entre 4 et 12 mois.

3.3. Parcours de soins

Nous avons répertorié les différentes interventions des professionnels et institutions de soins rencontrées par les adolescents au cours de leur histoire scolaire (de l'âge de 4 ans²⁶ jusqu'à leur admission au Centre).

²⁶ Nous avons décidé de prendre en considération les interventions réalisées à partir de 4 ans, c'est-à-dire à partir de l'âge où la majorité des enfants sont intégrés dans une structure de type scolaire.

3.3.1. Première intervention de soin répertoriée dans les dossiers

Afin d'approfondir l'étude des parcours et d'identifier la « porte d'entrée » vers le réseau de prise en charge, nous nous sommes intéressés à connaître le type d'intervention auxquelles les sujets ont été confrontés pour la première fois, c'est-à-dire, quelle institution ou quel professionnel a été le premier à signaler un problème ou à recevoir une demande.

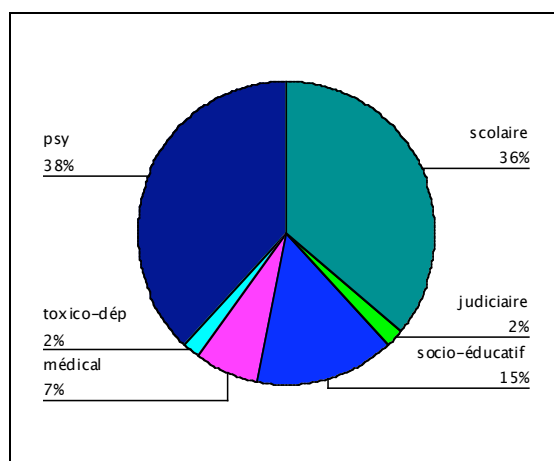


Figure 17 : Type de la première intervention de soin reçu (N = 100).

L'entrée vers le réseau de prise en charge se fait pour 38% des adolescents à travers un contact avec un professionnel ou institution des milieux psychologique ou psychiatrique. Pour 36 % cette entrée s'effectue à travers le milieu scolaire (infirmière scolaire, psychologue scolaire, conseiller aux études). Pour 15 % d'entre eux elle se fait à travers une intervention de type socio-éducative (services de l'état ou du milieu associatif), pour 7 % par une intervention de type médical (médecin généraliste) et pour 4 % par une intervention de type toxico-dépendances ou judiciaire (juges ou assistants sociaux rattachés au système judiciaire).

La majorité des interventions faisant suite à la première intervention sont de type psychologique ou psychiatrique pour 46 %, socio-éducatif pour 20 %, scolaire pour 15 %, judiciaire pour 12 % et médicale pour 7%. Il n'apparaît pas dans notre étude de deuxième intervention en relation au réseau de professionnels de la toxicodépendance. Nous observons une mobilité considérable entre les catégories, notamment de « socio-éducatif » vers « psychologique » (20) vice-versa (12), ainsi que de « scolaire » vers « psychologique » (15).

3.3.2. Age et niveau scolaire de la première intervention

Concernant l'âge de la première intervention de soins, celle-ci varie entre 3 et 18 ans, la moyenne se situe à 10.74 (SD = 3.52). La Figure 18 donne un aperçu de ce qu'il en est du niveau de scolarisation lors de la première intervention de soins.

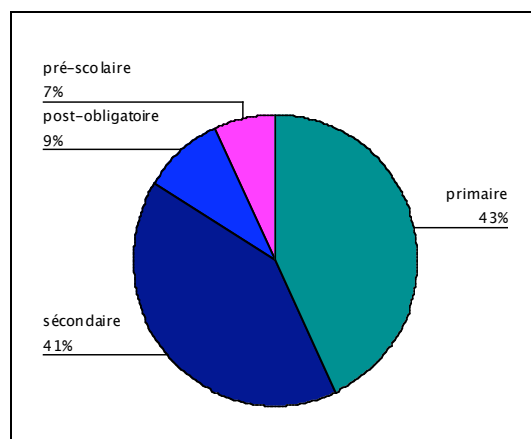


Figure 18 : Niveau scolaire de la première intervention de soins (N = 100).

Pour une petite partie de la population (7 %) la première intervention de soins se fait avant la scolarité primaire. Pour 43 % des adolescents, la première intervention de soin se situe lors de la scolarité primaire. Pour 41 % d'entre eux celle-ci survient lors de la scolarité secondaire. Enfin, pour 9 % des adolescents, la première intervention se situe lors de la scolarité post-obligatoire.

3.3.3. Interventions sur l'ensemble du parcours de soins

Type d'intervention de soin

Les différentes interventions ont été classifiées à l'aide d'une grille. Six catégories ont été retenues : scolaire, psychologique, socio-éducative, médical, judiciaire, toxico-dépendance (cf. Méthode).

Parmi les 100 adolescents de la population :

- 89 ont reçu au moins une intervention de type psychologique (intervention d'un psychologue ou psychiatre dans le but d'effectuer une évaluation, expertise, suivi, psychothérapie ou thérapie médicamenteuse)

- 63 ont reçu au moins une intervention de type socio-éducative (intervention d'un éducateur ou assistant social dans le but d'un encadrement éducatif, une tutelle ou curatelle)
- 42 ont reçu ou moins une intervention de type scolaire (intervention d'un psychologue scolaire, infirmière scolaire ou conseiller scolaire dans le but d'évaluer une situation problématique en relation avec l'école dans le but de mettre en place une stratégie d'aide : conseils, suivi éducatif, appui scolaire, indication thérapeutique)
- 37 ont reçu au moins une intervention de type judiciaire (intervention d'un assistant social du milieu judiciaire ou un juge en relation à une infraction de la loi)
- 19 ont reçu au moins une intervention de type médical (intervention d'un médecin généraliste en relation à une problématique psychologique)

Type et nombre d'interventions psychologiques

Nous avons répertorié le nombre et le type d'interventions de type psychologique (réalisées par un psychologue ou psychiatre avant l'admission au CPPA), à savoir : évaluations, expertises, hospitalisations, psychothérapies ambulatoires, thérapies médicamenteuses.

Parmi les 100 adolescents de la population :

- 68 ont bénéficié d'une ou plusieurs psychothérapies ambulatoires,
- 52 ont bénéficié d'au moins une intervention brève de type expertise ou évaluation,
- 36 ont été hospitalisé au moins une fois,
- 15 ont bénéficié au moins une fois d'une thérapie médicamenteuse.

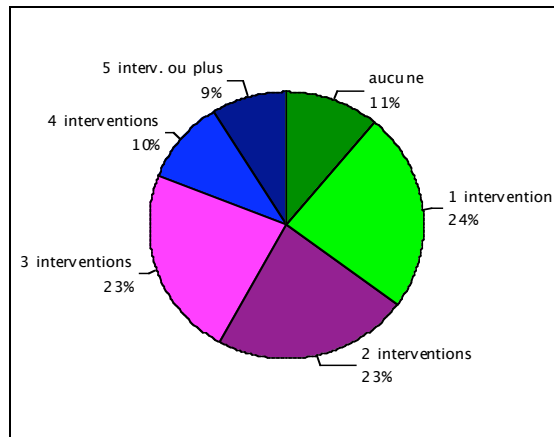


Figure 19 : Nombre d'interventions de type psychologique répertoriées dans les dossiers (N = 100).

En relation au nombre d'interventions de type psychologique reçues, ponctuelle ou à plus long terme :

- 24 comptent une seule intervention
- 56 comptent entre 2 et 4 interventions
- 9 comptent 5 interventions ou plus.

Nombre d'interventions de soin

Nous avons, dans un premier temps, comptabilisé le nombre d'interventions de soins répertoriées dans les dossiers des adolescents (cf. Figure 20).

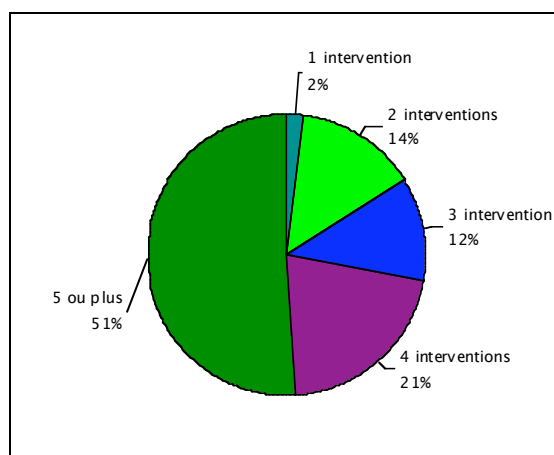


Figure 20 : Nombre d'interventions de soin répertoriées dans les dossiers (N = 100).

La plupart des adolescents ont eu plusieurs interventions de professionnels de la santé et/ou du milieu socio-éducatif visant à améliorer une situation donnée. En effet 51 % des adolescents ont eu au moins 5 interventions de soin, 21 % ont eu 4 interventions, 12 % ont eu 3 interventions, 14 % ont eu 2 interventions et seulement 2 % des adolescents n'ont eu qu'une intervention.

3.3.4. Problèmes psychologiques à l'entrée au CPPA

Les problèmes exprimés par les professionnels qui orientent les adolescents lors de la demande au CPPA sont les suivants :

- dépressions, tentatives de suicide (38%),
- problèmes de comportement, opposition, conduites antisociales (29%),
- phobies, anxiété (13%),
- délires, hallucinations ou symptômes liés à une désorganisation psychotique (5%),
- consommation de substances psychoactives, troubles de l'alimentation (5%).

Un pourcentage élevé d'adolescents présente une problématique grave de dépendance à l'alcool et/ou au cannabis, mais cette problématique n'est pas souvent indiquée comme centrale lors de la demande de prise en charge au CPPA.

Résumé

- La plupart des adolescents ont eu plus d'une intervention de soin, 89 ont reçu au moins une intervention de type psychologique et 63 ont reçu au moins une intervention de type socio-éducatif. Ces deux types d'interventions constituent les principales portes d'entrées au réseau de prise en charge.
- Concernant l'âge et le niveau scolaire de la première intervention, pour 43 adolescents celle-ci se situe lors de la scolarité primaire et pour 41 lors de la scolarité secondaire
- Parmi les 100 adolescents, 68 ont été au moins une fois suivis dans le cadre d'une psychothérapie individuelle et 36 ont déjà été hospitalisés.

3.4. Analyse des trajectoires de soins

Compte tenu du fait que le Centre dans lequel sont suivis les adolescents est une institution de soin, nous avons eu accès à travers les dossiers des adolescents, à une grande quantité d'informations concernant les interventions de soins reçues par ceux-ci avant leur admission. Cela nous a permis de récolter suffisamment de données pour construire une matrice de trajectoires allant de six ans jusqu'à l'âge d'admission au Centre, en détaillant les types d'interventions reçues chaque année.

Concernant les *parcours scolaires*, bien que nous ayons eu accès à un certain nombre de données nous permettant de rendre compte d'un parcours général pour chaque sujet (crèche, école enfantine, école secondaire, école ou formation post-obligatoire), ces éléments n'étaient pas suffisants pour construire une matrice de trajectoires. De plus, une analyse tenant compte seulement des données recueillies, n'apportait pas d'éléments nouveaux à l'analyse précédente. En effet, afin de dégager des pistes nous permettant de mieux comprendre le phénomène de désinvestissement scolaire menant à la rupture, il nous aurait fallu accéder à d'autres informations, par exemple celles concernant les performances scolaires, les relations avec les professeurs, l'absentéisme, la motivation.

3.4.1. Analyse « *Optimal Matching* »

Dans le but de mieux comprendre les parcours de soin des adolescents nous avons effectué une analyse appelée «*Optimal Matching*» (Abbott & Hrycak, 1990). Les objectifs recherchés par ce type d'analyse sont en règle générale: a) dégager des trajectoires types, b) montrer ce qui les explique, c) montrer ce qu'elles expliquent.

L'*Optimal Matching* est une méthode très utilisée en sciences naturelles qui consiste à mesurer les ressemblances pouvant exister entre deux ou plusieurs séquences définies par une série d'éléments donnés. Ces éléments ne sont pas forcément nombreux mais doivent être liés entre eux par une logique quelconque et peuvent se répéter. Un exemple typique de ces séquences est la chaîne ADN.

Il s'agit d'une procédure qui calcule la distance minimale séparant chaque paire de séquence individuelle dans un échantillon. L'estimation de la distance entre deux séquences se base sur le « coût » de transformation qu'il faut appliquer à chaque élément d'une séquence pour la rendre identique à une autre séquence. Les opérations qui permettent ces transformations sont l'insertion ou la suppression d'un élément de la séquence, ou la substitution d'un élément par un autre (Widmer, Levy, Pollien, Hammer, & Gauthier, 2003).

Bien que le but principal de ce type d'analyses soit de trouver des séquences ou trajectoires types, comme par exemple les parcours de soins des adolescents, le calcul de l'Algorithme *Optimal Matching* ne permet pas d'atteindre ce but de manière directe car il nécessite d'être complété par une analyse en *clusters*. En effet, les mesures des distances mentionnées ci-dessus sont utilisées comme variables pour cette analyse, celle-ci pouvant donner des informations plus précises sur d'éventuelles trajectoires types.

Étant donné le petit nombre de sujets de notre population ($N = 100$) et afin d'optimiser la comparaison des séquences de soins, nous avons réduit le nombre de catégories d'interventions. Suite à une réévaluation des catégories, elles ont été réduites au nombre de cinq. Voici les nouvelles catégories retenues :

- Catégorie 1 : Intervention de soins de type *socio-éducatif* effectuées soit dans le cadre scolaire, soit dans un contexte de prise en charge social (assistants sociaux des institutions étatiques ou non étatiques).
- Catégorie 2 : *Placement* en foyer ou internat.
- Catégorie 3. Intervention *judiciaire* : implication dans un procès judiciaire (accusé ou victime), intervention d'un assistant social ou d'un juge pour un placement judiciaire.
- Catégorie 4 : Intervention *psychologique* ou psychiatrique *ambulatoire* (évaluation, expertise, suivi psychologique, psychothérapie, thérapie médicamenteuse)
- Catégorie 5 : Intervention *psychologique* ou psychiatrique *hospitalière* (hospitalisation de plus de 2 jours)

Les séquences de soins des adolescents ont comme unité de temps une année. Elles débutent à l'âge de 6 ans et s'arrêtent à l'âge de 18 ans (période de vie en lien avec la scolarité obligatoire et post obligatoire). La base de données pour réaliser cette analyse exige que toutes les cases du parcours (représentant une année de vie) soient remplies. À cet effet, nous avons dû créer deux catégories supplémentaires :

- catégorie 6 : aucune intervention signalée
- catégorie 7 : intervention au-delà de l'âge du sujet.

Exemple : pour le sujet 1, la séquence est la suivante

Age	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Catégories	6	6	6	6	6	1	1	5	4	4	2	5	7

Chaque case représente une période d'une année (unité de temps choisie). Ainsi, pour le sujet numéro 1, on a attribué la catégorie 6 (aucune intervention signalée) entre 6 ans à 10 ans, de 11ans à 12 ans, la catégorie 1 (intervention socio-éducatif), à 13 ans la catégorie 5 (intervention psychologique hospitalière), de 14 ans à 15 ans la catégorie 4 (intervention psychologique ambulatoire), à 16 ans la catégorie 2 (placement), à 17 ans la catégorie 5 et à 18 ans la catégorie 7 (au-delà de l'âge du sujet).

Tenant compte du fait que dans notre base de données l'unité de temps est « une année », nous avons été confronté à plusieurs reprises à des situations dans lesquelles plusieurs interventions étaient survenue la même année. Un seul type d'intervention ne pouvant être retenu, nous avons décidé d'utiliser celle qui apparaissait comme la plus significative par sa gravité. Par exemple : parmi « intervention psychologique ambulatoire » et « intervention psychologique hospitalière », nous utilisons pour la case correspondante à une année donnée, la deuxième catégorie.

3.4.2. Résultats de l'analyse « *Optimal Matching* »

Nous décrivons d'abord brièvement les caractéristiques générales des trajectoires dans leur ensemble. Ensuite, nous présenterons une typologie de trajectoires individuelles construites sur la base de l'*Optimal Matching*.

Trajectoires de soins

Les trajectoires de soins de l'ensemble des adolescents se ressemblent d'une manière globale. Dans tous les cas, on constate que le début des trajectoires est marqué par des interventions de soins de type *socio-éducatif* et *psy-ambulatoire*. Les interventions de type *placement* et *judiciaire* apparaissent plus tard dans les trajectoires. Enfin, la catégorie de soins *psy-hospitalière* prend généralement de l'importance vers la fin des trajectoires (cf. Figures 21, 22,23,24,).

Analyse typologique

Il existe une certaine homogénéité dans les parcours de l'ensemble des sujets. Néanmoins, nous observons que les groupes se différencient en relation à l'âge du début des interventions et à la gravité des situations.

Après avoir évalué les différentes solutions proposées par l'analyse en clusters, nous avons retenu une solution à 4 groupes qui se différencient selon deux critères: l'âge du début des interventions «*earlier*» et «*late*» et le nombre et la gravité des interventions «*soft*» et «*hard*» (cf. Figures 21, 22,23,24,).

Tableau 6 : Configuration des 4 groupes issus de l'analyse en clusters.

Groupe 1	N = 48	Groupe « <i>late soft</i> » : interventions presque absentes au cours de l'enfance avec un pic situé vers la deuxième partie de l'adolescence.
Groupe 2	N = 22	Groupe « <i>late heavy</i> » : interventions presque absentes au cours de l'enfance, significatives à partir du début de l'adolescence.
Groupe 3	N = 19	Groupe « <i>earlier soft</i> » : interventions commencent pour une grande partie au cours de l'enfance et se perpétuent lors de l'adolescence.
Groupe 4	N = 11	Groupe « <i>earlier heavy</i> » : interventions débutent très tôt et s'intensifient considérablement lors de l'adolescence.

Groupe 1, «*late soft*» : ce groupe est composé de 48 sujets et constitue le plus nombreux des 4 groupes (cf. Figure 21). Il rassemble des sujets plutôt âgés (entre 16 et 18 ans) au moment de leur entrée au CPPA. Les interventions de soins sont presque absentes durant l'enfance. Elles commencent à être significatives à partir de l'adolescence. Les interventions de type *psy-ambulatoire* et *psy-hospitalière* sont très présentes dans les parcours des sujets. Nous remarquons que c'est le seul groupe pour lequel les interventions de type judiciaires ont un poids significatif.

Groupe 2 «*late heavy*» : ce groupe est composé de 22 sujets d'âge moyen (entre 13 et 15 ans) au moment de leur entrée au CPPA (cf. Figure 22). Les interventions sont, comme pour le groupe 1, presque absentes au cours de l'enfance et deviennent significatives à partir de la préadolescence. Les interventions de type *psy-ambulatoire* sont très présentes dans le parcours des sujets.

Groupe 3 «*earlier soft*» : ce groupe se compose de 19 adolescents parmi les plus jeunes de l'échantillon (80 % d'entre eux ont 14 ans au moment de leur entrée au Centre) (cf. Figure 23). Pour ceux-ci les interventions de soins débutent vers l'âge de 6 ans, voire avant. La plupart de ces interventions surviennent avant l'arrivée de l'adolescence (entre 9 et 14 ans) et en grande partie pendant la scolarité primaire (entre 7 et 12 ans). Les interventions de type *socio-éducative* et *psy-ambulatoire* sont très importantes. A l'âge de 10 ans, 80 % des sujets ont reçu au moins une intervention de type *socio-éducative* ou *psy-ambulatoire*. Ce groupe est le seul pour lequel les interventions de type *placement en foyer* ont un poids significatif.

Groupe 4 «*earlier heavy*» : ce groupe est composé de 11 sujets (cf. Figure 24). Il s'agit du groupe le moins nombreux et il est constitué par des adolescents très jeunes au moment de

leur entrée au CPPA (entre 12 et 14 ans). Ils ont reçu beaucoup d'interventions lors de leurs premières années de scolarité, principalement des interventions de type *socio-éducative* et *psy-ambulatoire* (73 % des sujets a déjà reçu un de ces deux types d'interventions à l'âge de 6 ans). En effet, ce groupe est celui dont les sujets ont reçu la plus grande quantité d'interventions durant l'ensemble de leurs parcours ; principalement de type *psy-ambulatoire* et *socio-éducatif*. La présence d'interventions de type *psy-hospitalier* est très importante compte tenu de l'âge des individus (à l'âge de 14 ans, 45 % des adolescents a déjà subi une hospitalisation). Ceci souligne la gravité de la problématique de rupture de *liens sociaux*.

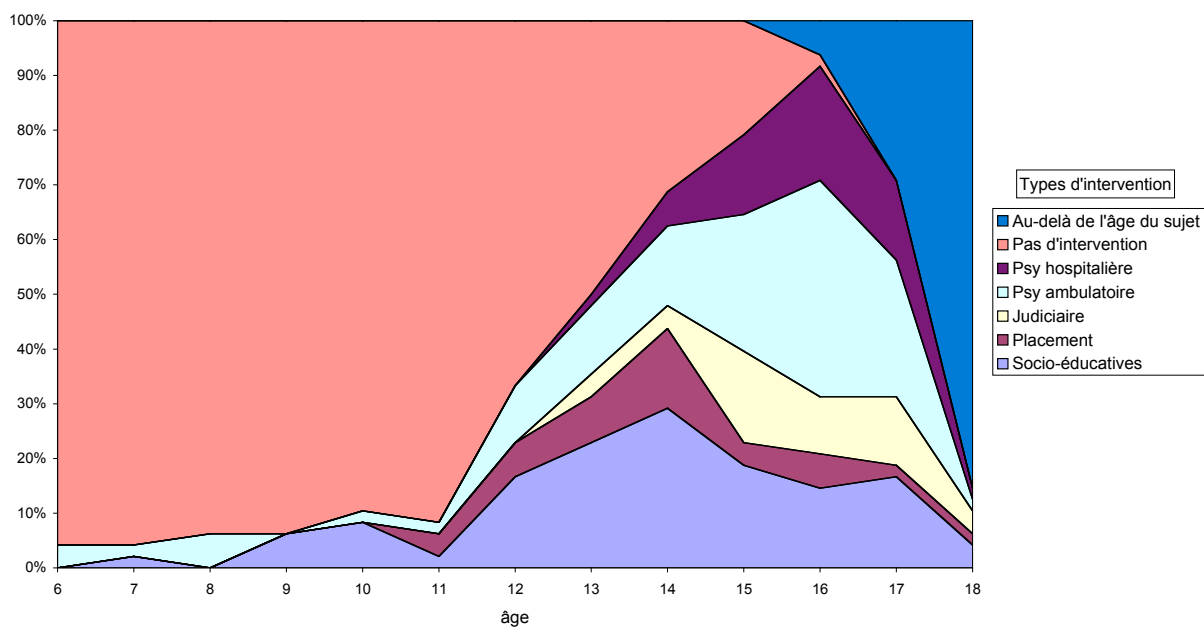


Figure 21 : Groupe 1 « late soft » (N = 48).

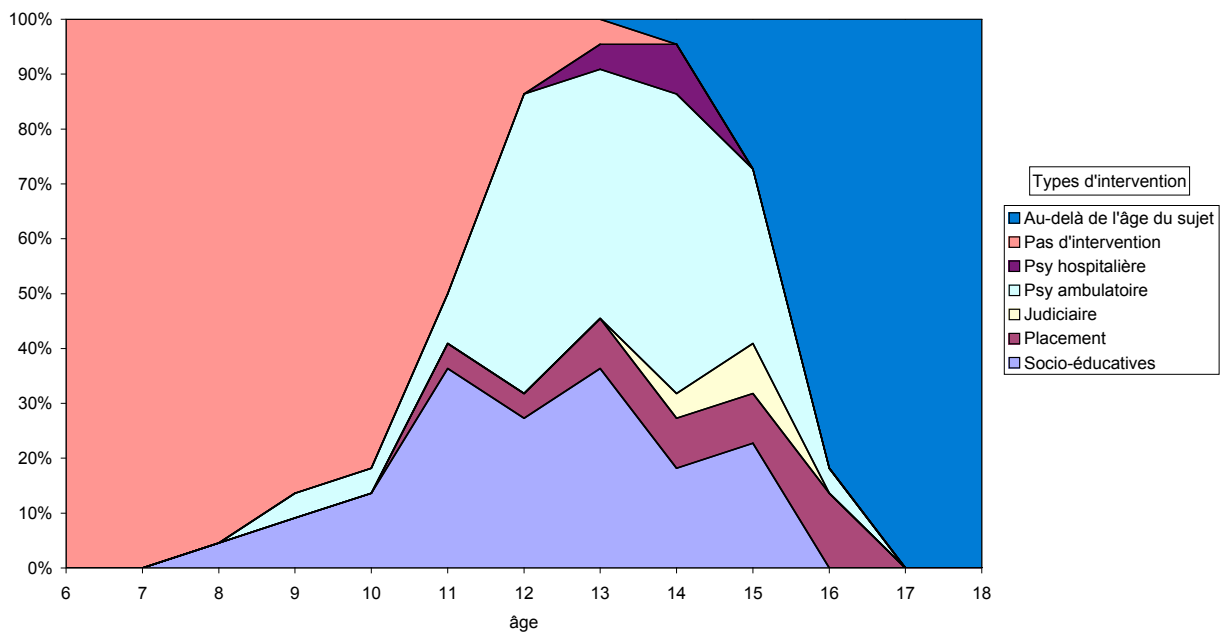


Figure 22 : Groupe 2 « late heavy » (N = 22).

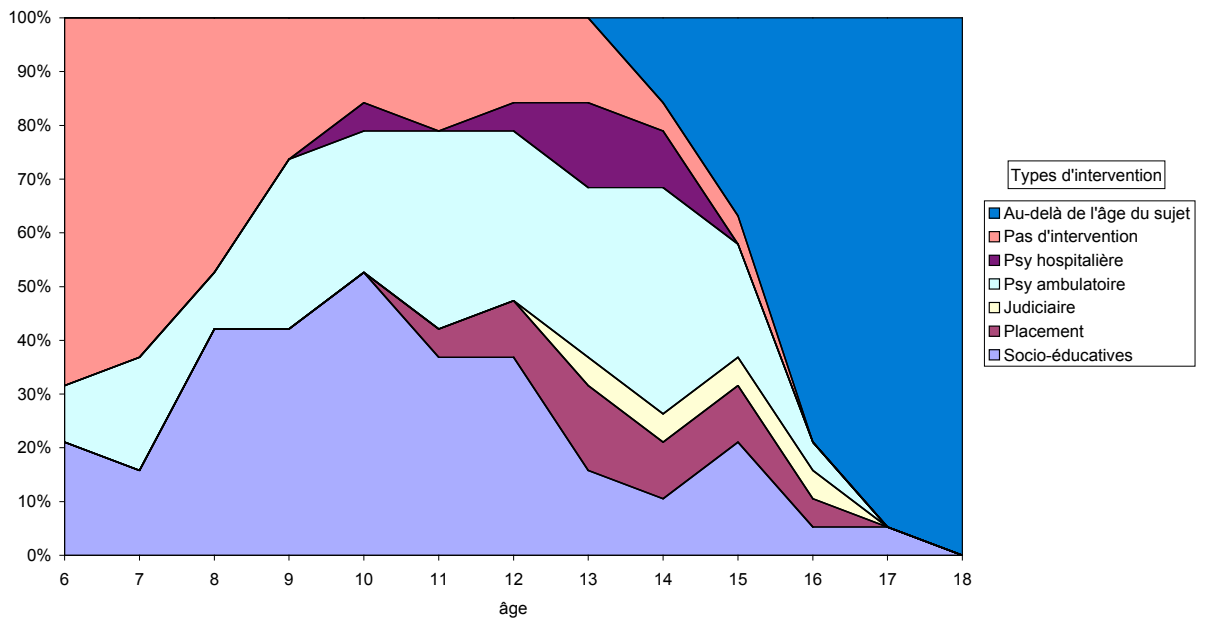


Figure 23 : Groupe 3 « earlier soft » (N = 19).

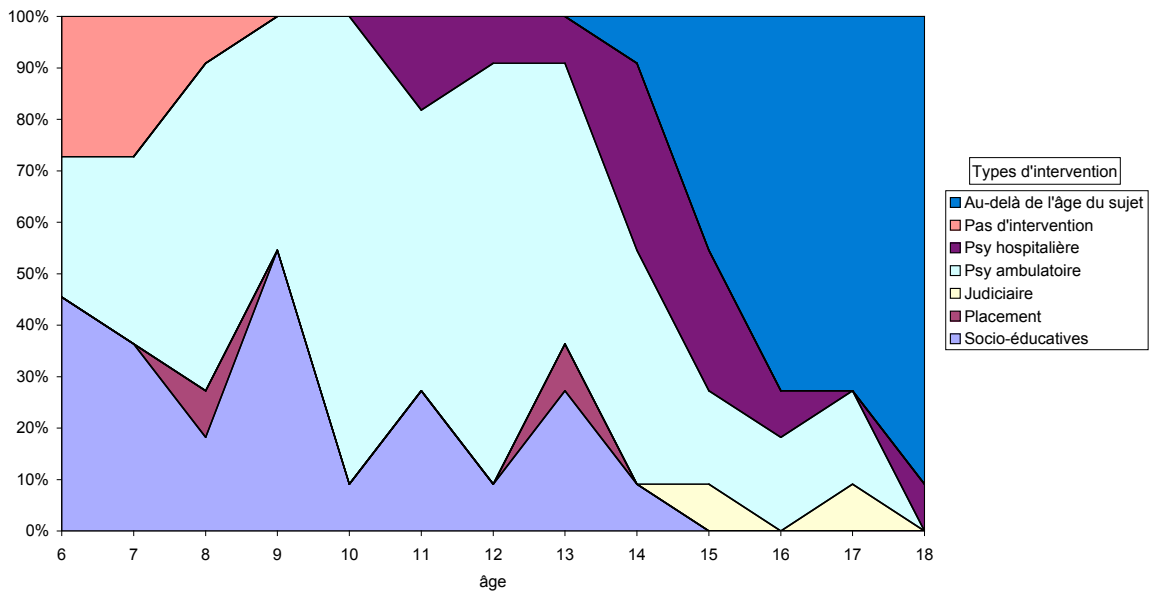


Figure 24 : Groupe 4 « earlier heavy » (N = 11).

3.4.3. Composition des groupes issus de l'analyse en clusters

Nous présentons quelques caractéristiques des 4 groupes issus de l'analyse en clusters en ce qui concerne : le sexe, l'âge, la consommation de *cannabis*, la composition familiale et la rupture scolaire. Le Tableau 7 montre la composition des 4 groupes en fonction du sexe et de l'âge.

Tableau 7 : Distribution selon le sexe et l'âge des adolescents pour les 4 groupes issus de l'analyse en clusters.

	1 : <i>late soft</i> N = 48	2 : <i>late heavy</i> N = 22	3 : <i>earlier soft</i> N = 19	4 : <i>earlier heavy</i> N = 11
Sexe	28 garçons (58.8%) 20 filles (42%)	15 garçons (68%) 7 filles (32%)	12 garçons (63%) 7 filles (37%)	9 garçons (81%) 2 filles (19%)
Age	M = 16.68 (SD=1.07)	M = 15.68 (SD = 1.35)	M 15.52 (SD= 1.27)	M = 15 (SD = .89)

Nous observons que les garçons sont plus nombreux que les filles parmi les 4 Groupes. Les filles sont légèrement plus représentées dans le groupe *late soft* dans lequel la distribution entre les 2 sexe est plus équilibrée.

Le Tableau 8 montre les moyennes et écarts-type pour l'âge de début de la consommation dans les 4 Groupes. Nous observons que les sujets du groupe 4 (*earlier heavy*), composé par les sujets ayant reçu des interventions de soin précocement et ayant eu des problèmes plus graves au long de leur parcours, débutent leur consommation plus tôt. Cependant, les différences ne sont pas significatives. En revanche, si nous observons la consommation actuelle, il apparaît que celle-ci concerne davantage le groupe 1 « *late soft* », (cf. Tableau 9).

Tableau 8 : Moyennes de l'âge du début de la consommation pour les 4 groupes.

	1 : <i>Late soft</i> N = 48	2 : <i>late heavy</i> N = 22	3 : <i>earlier soft</i> N = 19	4 : <i>earlier heavy</i> N = 11
Age de début de la consommation	M = 14.36 (SD=.99)	M = 13.94 (SD = 1.05)	M = 14.31 (SD= 1.11)	M = 13.71 (SD = .94)

Tableau 9 : Distribution des adolescents des 4 groupes selon leur consommation actuelle.

	1 : late soft N = 48	2 : late heavy N = 22	3 : earlier soft N = 19	4 : earlier heavy N = 11
jamais consommé	3 (6%)	4 (18%)	3 (15%)	1 (9%)
déjà consommé	9 (19%)	7 (32%)	1 (5%)	2 (18%)
consommation actuelle	36 (75%)	11 (50%)	15 (80%)	8 (73%)

Nous avons également observé comment les sujets des 4 groupes se distribuait en relation à la composition de leurs familles au moment de l'évaluation. Le Tableau 10 montre que le Groupe 1 (*late soft*) concentre la majorité d'adolescents vivant avec leurs deux parents biologiques. Pour ce qu'il en est des familles mono-parentales et recomposées, les distributions sont moins nettes.

Tableau 10 : Distribution des adolescents des 4 groupes selon leur composition familiale (N = 100)

	<i>Late soft</i> N / (%)	<i>Late heavy</i> N / (%)	<i>Earlier soft</i> N / (%)	<i>Earlier heavy</i> N / (%)	Totaux N
Avec les deux parents	16 (33%)	11 (50%)	4 (21%)	2 (18%)	33
Famille monoparentale	19 (40%)	6 (27%)	12 (63%)	4 (36%)	41
Famille recomposée	6 (12%)	3 (14%)	1 (5%)	2 (18%)	12
En foyer	7 (15%)	2 (9%)	2 (10%)	3 (27%)	14

Etant donné le nombre restreint des effectifs pour la plupart des groupes, nous avons redistribué les sujets en 2 Groupes en fonction de la précocité des interventions de soins (*earlier / late*). Le Tableau 11 montre la distribution des adolescents de l'échantillon selon cette distribution. Nous observons que le Groupe *late* concentre la majorité des adolescents pour les 3 compositions familiales différentes.

Tableau 11 : Distribution des adolescents des groupes earlier et late selon leur composition familiale

	Earlier N 30 N / (%)	Late N 70 N / (%)	Total N 100 N / (%)
2 parents	6 (18.2%)	27 (81.8%)	33 (100%)
famille monoparentale	16 (39%)	25 (61%)	41 (100%)
famille recomposée	3 (25%)	9 (75%)	12 (100%)
en foyer ou seuls	5 (44.4%)	9 (55.6%)	9 (100%)

Si nous redistribuons les adolescents selon la gravité des problèmes rencontrés au long de leur parcours en : *soft* / *heavy*, nous obtenons la distribution montrée par le Tableau 12. Il apparaît que la majorité d'adolescents vivant avec les 2 parents se trouvent dans le Groupe *soft*. Cependant, les sujets vivant au sein d'une famille mono-parentale ou recomposée, sont aussi plus nombreux dans le groupe *soft* que dans le groupe *heavy*.

Tableau 12 : Distribution des adolescents des groupes *soft* et *heavy* selon leur composition familiale

	Soft	Heavy	Total
2 parents	27 (81.8%)	6 (18.2%)	33 (100%)
Famille monoparentale	25 (61%)	16 (39%)	41 (100%)
Famille recomposée	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)
En foyer ou seul	9 (64.3%)	5 (35.7%)	14 (100%)

Nous avons également observé quelques données en relation à la rupture scolaire pour les 4 groupes. Le Tableau 13 montre pour chaque groupe les moyennes d'âge des adolescents lors de la première rupture avec l'école ou la formation professionnelle.

Tableau 13 : Distribution des adolescents des 4 groupes selon l'âge de la première rupture scolaire.

	1 : Late soft N = 48	2 : Late heavy N = 22	3 : Earlier soft N = 19	4 : Earlier heavy N = 11
Age de la première rupture scolaire	M = 15.83 (SD=1.68)	M = 14.21 (SD = 1.51)	M 14.68 (SD= 1.55)	M = 14.36 (SD = 2.54)

Pour ce qu'il en est du type de rupture, il apparaît que la plupart des abandons concernent les adolescents du Groupe 1 (*late soft*). En revanche, l'exclusion se distribue parmi les 4 Groupes.

Tableau 14 : Distribution des adolescents des 4 groupes selon le type de rupture scolaire.

	1 : Late soft N = 48	2 : late heavy N = 22	3 : earlier soft N = 19	4 : earlier heavy N = 11
exclusion	8 (17%)	6 (27%)	3 (16%)	4 (36%)
abandon	37 (77%)	16 (73%)	16 (84%)	7 (64%)
sans projet	3 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	48 (100%)	22 (100%)	19 (100%)	11 (100%)

Malgré quelques données intéressantes sur la distribution des sujets dans ces 4 Groupes, elles ne permettent pas d'avancer des conclusions satisfaisantes sur la comparaison des trajectoires des adolescents.

Résumé

- L'analyse montre une certaine homogénéité dans les parcours des sujets : on constate que le début des trajectoires est marqué par des interventions de soins de type *socio-éducatif* et *psy-ambulatoire* qui constituent la « porte d'entrée au réseau de prise en charge ».
- L'analyse en *clusters* identifie 4 groupes qui se différencient par la période au cours de laquelle les interventions de soins débutent et deviennent significatives. Nous avons identifié deux groupes (groupe 1 et groupe 2) dont les interventions sont plus importantes autour de l'adolescence, le groupe 2 montrant des problématiques plus graves que le groupe 1. Les groupes 3 et 4 réunissent des individus dont les interventions débutent très tôt dans l'enfance, les sujets du groupe 4 présentant des problématiques plus graves que ceux du groupe 3.
- Des analyses complémentaires effectuées en utilisant les groupes issus de l'analyse en clusters montrent qu'il existe certaines différences entre les 4 Groupes, notamment en ce qui concerne l'âge du début de la consommation de *cannabis* et la composition familiale. Cependant, ces différences ne sont pas significatives. De plus, le faible effectif de ces 4 groupes limite considérablement les possibilités d'analyse.

4. Discussion

L'analyse des 100 dossiers des adolescents en rupture scolaire a permis d'identifier la présence dans leur histoire de vie, d'un certain nombre d'éléments signalés dans la littérature comme facteurs de risque de la consommation de cannabis ainsi que de la rupture scolaire. Ces adolescents ont vécu des événements négatifs marquants au niveau de leur vie familiale, scolaire et sociale. De même, la précocité et le nombre d'interventions de soins témoignent de l'existence de différents problèmes psychologiques et d'intégration sociale.

L'analyse des trajectoires, avec ses limites, a permis d'ajouter une vision globale, chronologique, des parcours de vie des adolescents et ainsi de constater que leurs parcours étaient complexes, chaotiques et jalonnés de diverses ruptures. Cette vision nous conduit à penser que les événements de vie négatifs, ainsi que les expériences en général sont liés entre eux et ont des poids variables selon leur organisation dans le temps et selon les individus. Nous allons d'abord rappeler les principaux résultats relatifs à la population et à la consommation de *cannabis* pour ensuite aborder les résultats des *parcours scolaires* ainsi que l'analyse des *trajectoires de soin*.

La population et la consommation de cannabis

La population de l'Etude I est une population clinique, composée par des individus en demande de traitement. Elle n'a pas été recrutée selon des critères fixés au préalable. En ce qui concerne la distribution des sexes, les filles représentent 36 % de la population et les garçons 64 %, mais ceci n'a pas représenté une limitation pour les analyses. Les différents âges des sujets de la population permettent de couvrir toute la période de l'adolescence, allant de 13 à 19 ans. Nous avons observé dans cette distribution deux pics relatifs à l'âge d'entrée dans l'Institution (rupture scolaire ou de formation) : entre 14 et 15 ans pour les garçons et entre 16 et 17 ans pour les filles. Pour les garçons, la rupture a lieu lors de la fin de la scolarité obligatoire, alors que pour les filles, celle-ci se manifeste au cours de la scolarité post-obligatoire. Cette différence est un aspect spécifique de notre population étant donné que les études épidémiologiques concernant la déscolarisation (Office Fédérale de la Statistique Suisse, 2004), ne signalent pas de différences par rapport au sexe des adolescents.

La distribution des nationalités des sujets de l'étude s'approche de celle de la population générale du Canton de Genève (cf. Tableau 4, Etude I). Plus de la moitié des adolescents en rupture scolaire est de nationalité suisse ce qui nous permet d'affirmer que cette problématique n'est pas directement liée à celle de l'exclusion sociale et de la migration.

Concernant la composition familiale des adolescents de la population, on observe que seulement un tiers des adolescents vit avec ses deux parents. Une grande partie d'entre eux ont vécu des situations telles que des divorces, ou des séparations avec l'un des parents ou avec les deux. Cela montre que la problématique de rupture scolaire est en lien avec la vie familiale.

Par rapport à la consommation de *cannabis* des adolescents de la population étudiée, les résultats montrent que le pourcentage d'adolescents ayant déjà consommé cette substance est nettement plus élevé (89 %) que dans la population générale. En effet, les données issues des études épidémiologiques suisses montrent qu'environ 25 % de la population générale des adolescents âgés de 15 à 18 ans a déjà consommé cette substance. De même, le pourcentage des adolescents ayant une consommation actuelle (au cours des 12 derniers mois) s'élève à 73 % dans la population de cette étude alors qu'elle ne concerne que 12 % de la population générale. Sans avoir pu déterminer (dans l'Etude I) un diagnostic de dépendance au *cannabis* pour ces adolescents, nos résultats nous permettent d'affirmer qu'environ 60 % d'entre eux ont une consommation régulière et à fortes doses, apparentée à un comportement de dépendance. Concernant l'âge de début de la consommation, les études démographiques montrent que la consommation de cannabis débute dans la population générale en Suisse autour de 16 ans tandis que dans la population étudiée elle débute autour de 14 ans. Ces constats nous renseignent sur l'état de cette population clinique pour laquelle la *rupture scolaire* et de liens *sociaux* coexiste avec une haute consommation de *cannabis*.

Le parcours scolaire

L'école constitue un terrain sur lequel se déroulent en grande partie les apprentissages et la socialisation des adolescents (Alsaker & Kroger, 2006 ; Zettergreen, 2004). L'étude des dossiers des adolescents en *rupture scolaire* ou de formation professionnelle, nous permet de constater que les *parcours scolaires* de ces adolescents, sont traversés par différentes situations critiques, rendant instables les processus d'apprentissage et de socialisation,

aboutissant à un phénomène de rupture avec le système de formation. Dans plusieurs cas, des interruptions de la scolarité ont eu lieu avant la situation de rupture qui a motivé la demande de prise en charge au sein de l'Institution.

Parmi les adolescents ayant l'âge d'avoir terminé la scolarité obligatoire (N = 64), 58 % d'entre eux ne l'ont pas achevée. Ceci semble être un reflet du désinvestissement de ces adolescents vis-à-vis de la vie scolaire, probablement en lien avec une problématique plus large affectant différents aspects de leur vie²⁷. Lorsque l'on regarde les éléments de ces parcours, nous observons quelques données pouvant constituer des indicateurs de ce processus de désinvestissement. On remarque que certains sujets ont vécu plusieurs interruptions de leur scolarité en raison de changements d'établissements (en dehors des passages du primaire au secondaire) motivés par différentes causes, à savoir des difficultés d'adaptation aux cadres institutionnels, des déménagements, etc. Une grande partie des adolescents (70 %) a subi entre deux et cinq changements d'école, 59 % d'entre eux ont été intégrés à un moment de la scolarité dans un regroupement spécialisé en raison de leur impossibilité à suivre une dynamique d'enseignement ordinaire. Enfin, 20 % d'entre eux ont accompli une partie de leur scolarité en internat.

Nous n'avons pas eu accès à des informations sur leurs performances scolaires, mais en ce qui concerne les redoublements, presque la moitié des adolescents (46 %) ont redoublé. Ce pourcentage n'est pas beaucoup plus élevé que le pourcentage de redoublement de la population générale (33 %), ce qui montre que le fait de redoubler n'est pas nécessairement en lien avec le déclenchement d'un processus de déscolarisation. Néanmoins, il faut tenir compte du fait que beaucoup des adolescents de la population étudiée ont parfois évité le redoublement en étant intégré à une classe spécialisée.

Les données recueillies en relation au phénomène de rupture scolaire ou de formation professionnelle, nous éclairent sur la nature de la rupture, sur le moment où celle-ci s'est produite, et sur sa durée. Seule une minorité d'adolescents (21 %) a été écartée de l'école en raison d'un comportement problématique. En contrepartie, la plupart d'entre eux (76 %), déclare avoir abandonné l'école se sentant incapable de s'intégrer à une dynamique scolaire. Enfin, trois adolescents de population de l'étude ont terminé la scolarité obligatoire, mais ne sont pas intégrés dans un programme de formation depuis une longue période, se trouvant

²⁷ Ce point sera traité dans l'Etude II

ainsi dans une situation similaire aux autres. Le désinvestissement scolaire aboutissant à une rupture avec le système scolaire est la conséquence d'un processus impliquant différentes situations négatives en relation au contexte social (Janosz, 2000 ; Jimerson *et al.*, 2002 ; Zettergreen, 2004). Dans cette population, le phénomène d'abandon de l'école semble être aussi important, voire davantage, que celui de la rupture motivée par une exclusion opérée par l'école en raison de problèmes de comportement.

Quant au degré scolaire durant lequel survient le phénomène de rupture, les résultats montrent que pour beaucoup d'adolescents (58 %), l'arrêt de la scolarité se produit avant la fin de la scolarité obligatoire, notamment vers la fin de la scolarité secondaire (entre 13 et 15 ans). Ce constat est à mettre en relation avec la préoccupation évoquée dans les études épidémiologiques sur les formations professionnelles des jeunes. Celles-ci montrent que certains adolescents ont des difficultés majeures à s'intégrer à des programmes de formations. Certains auteurs expliquent cela par la vulnérabilité caractéristique de la première période de l'adolescence (Braconnier & Marcelli, 1998), probablement en lien avec une fragilité venant de l'enfance et aggravée par la problématique de la rupture de *liens sociaux*. Les défis et les exigences de la scolarité secondaire viennent complexifier le parcours développemental (Seiffge-Krenke, 1995).

La période durant laquelle les adolescents de la population sont déscolarisés est variable. Pour 69 % d'entre eux, elle varie entre 4 et 12 mois. Pour le reste de la population, celle-ci s'étend sur une période soit plus courte (de 1 à 3 mois), soit plus longue (plus de 12 mois). Ces données indiquent que la réaction des proches de l'adolescent ainsi que celle des professionnels de soin ou du milieu éducatif n'est pas toujours immédiate. Ce manque de réaction montre la fragilité et la précarité des liens que l'adolescent entretient avec son entourage ainsi que l'impuissance ou le désintérêt de celui-ci dans certaines situations. En effet, ces liens ne constituent pas toujours des repères suffisamment solides pour assurer un contrôle et un soutien indispensables au développement de l'adolescent.

La relation entre la consommation de *cannabis* et la *rupture scolaire* est complexe. Il a été affirmé dans la littérature que chacun de ces deux phénomènes peut suivre ou précéder l'autre (Iversen, 2005 ; Eggert *et al.*, 2002). Les résultats descriptifs de l'Etude I montrent que pour plus de la moitié des sujets (54 %), la consommation de *cannabis* précède la *rupture scolaire*. Ces résultats confirment l'idée que la consommation de *cannabis* est un facteur de risque de la *rupture scolaire*. Pour une minorité (28 %), la consommation de *cannabis* et la

rupture scolaire surviennent lors de la même période. Le pourcentage d'adolescents débutant une consommation après la *rupture scolaire* est très faible (9 %). Néanmoins, il est difficile de se prononcer sur un lien causal entre un phénomène et l'autre car, bien que pour cette population la consommation précède majoritairement la rupture, certains auteurs semblent indiquer que, quelque soit le phénomène apparaissant en premier, celui-ci peut devenir un facteur de risque de la survenue de l'autre (Iversen, 2005 ; Eggert *et al.*, 2002).

Ces constats nous permettent cependant de confirmer que le phénomène de *rupture scolaire* est l'aboutissement d'un processus de désinvestissement des apprentissages et de la vie scolaire, caractérisé par de nombreux obstacles voire des situations d'échec.

Le parcours de soin

L'étude des *parcours de soin* nous a permis d'identifier les différents types de problèmes d'ordre psychologique, d'intégration sociale ou de comportement que les adolescents ont rencontré et nous a renseigné sur la quantité et sur le type d'interventions qu'ils ont reçu au cours de leur vie.

La totalité des adolescents ont été évalués, accompagnés ou suivis par d'autres professionnels avant leur entrée dans l'Institution. Les demandes de prise en charge sont, dans la majorité des cas (96 %), formulées par des tiers professionnels travaillant dans les réseaux de prise en charge socio-éducatifs ou médico-psychologiques. Il s'avère exceptionnel qu'un adolescent se trouvant dans une problématique de rupture de *liens sociaux* exprime lui-même une demande d'aide. Ces adolescents qui ont souvent un accès très limité à la pensée et à l'introspection éprouvent des difficultés à reconnaître qu'ils se trouvent dans une situation problématique et à demander de l'aide.

Il est intéressant de constater que bien que la consommation de *cannabis* soit extrêmement importante pour la grande majorité des adolescents, seulement 5 % d'entre eux présentent celle-ci comme leur problème central. En effet, les demandes de prise en charge se font certes en relation au phénomène de la *rupture scolaire*, mais elles sont motivées pour la grande majorité (90 %), par des problèmes psychologiques mentionnant souvent des diagnostics posés au cours d'interventions précédentes. Seule une minorité de ces diagnostics (5 %) concerne directement la prise de substances (*cannabis* ou alcool). Les autres demandes

concernent des problèmes de dépression ou de tentative de suicide (38 %), des troubles du comportement (29 %), des phobies et des troubles anxieux (18 %). En effet, la littérature signale les problèmes psychiques comme des facteurs de risque de la déscolarisation (Jozefowicz, 2003 ; Royer, 2003).

Le nombre et la variété des interventions de soins reçues par les adolescents, donnent un aperçu de la gravité des problèmes. Une grande majorité d'adolescents (89 %) a reçu des interventions de type psychologique. Parmi ces adolescents, 27 % ont reçu une seule intervention, 63 % ont reçu de deux à quatre interventions, et 10 % ont reçu 5 interventions ou plus. Ces pourcentages témoignent du rôle des problèmes psychologiques dans le phénomène de rupture scolaire.

Une étude sur les parcours de soins réalisée en Suisse Romande auprès d'adolescents toxicomanes (Chinet *et al.*, 2003), montre que l'entrée dans le réseau de prise en charge s'effectue souvent par l'intermédiaire d'interventions socio-éducatives ou médicales (pédiatre). En revanche, pour la majorité des adolescents de notre population (74 %), l'entrée dans le réseau de soins (1^{ère} intervention de soin répertoriée) s'est effectuée, soit à travers une intervention dans le milieu scolaire, soit à travers une intervention psychologique. En ce qui concerne la suite de leurs *parcours de soin*, nous avons observé que les professionnels du milieu psycho-social et scolaire orientent souvent les adolescents vers des structures de soins psychologique ou psychiatrique. Il est intéressant de constater que pour une grande partie des adolescents (43 %), des difficultés ont été déjà signalées lors de la scolarité primaire (problèmes de comportement, d'apprentissage, d'intégration). Ceci appuie l'idée que les troubles psychologiques ont leur origine dans l'enfance et peuvent se continuer à l'adolescence.

L'analyse des trajectoires de soins

L'analyse typologique des trajectoires met en évidence quatre groupes. Deux groupes débutent les interventions de soins très tôt dans leur parcours (*earlier*), l'un ayant une problématique plus grave que l'autre alors que deux groupes débutent un parcours de soins au début de l'adolescence (*late*), l'un présentant une problématique plus grave que l'autre. Si l'on prend seulement en compte le début des interventions de soins, nous pouvons conclure que les « *earlier* » présentent un cumul de problèmes durant leur parcours qui complique de

plus en plus leur développement ainsi que leur intégration sociale. En revanche, les « *late* » présentent un profil montrant que le début de l'adolescence joue un rôle déterminant dans le déclenchement du phénomène de rupture. Cela nous permet de conclure que le phénomène de rupture scolaire ne peut pas être considéré comme égal pour tous les adolescents.

L'analyse complémentaire réalisée auprès des groupes issus de l'analyse en clusters indique que les parcours les plus marqués par les interventions de soins ne sont révélateurs, ni du début de la consommation ni du fait qu'elle soit problématique. En effet, la consommation de cannabis est sans doute imbriquée dans ces parcours parmi des problèmes scolaires, familiaux, sociaux, ceci rendant complexe l'étude d'un seul aspect du parcours.

Limites de l'Etude I

La principale limite de cette Etude concerne l'évaluation des *parcours scolaire* et de *soin* à partir de l'analyse des dossiers cliniques des adolescents. Afin d'obtenir une évaluation plus fidèle des parcours, il conviendrait de mettre en place des études longitudinales ou d'utiliser des questionnaires appropriés investiguant de manière systématique les différents cycles de vie ainsi que les événements particuliers, tels que les instruments utilisés dans les recherches « *Life Span* » dans lesquelles une collecte systématique de données est prévue. Malheureusement, une grande partie de la population n'étant plus prise en charge au Centre au moment de l'investigation, nous avons utilisé seulement les données récoltées dans les dossiers. Nous n'avons pas eu accès à des données systématiques répertoriées en fonction des repères temporels ou des cycles de vie. Un questionnaire aurait permis de recueillir davantage d'informations singulières et subjectives sur les différentes étapes de chaque parcours. Concernant les interventions de soins, nous n'avons pas d'informations détaillées sur l'adéquation, la régularité, l'efficacité et la satisfaction des sujets pour chacune des interventions. Il nous manque également des informations permettant de savoir si ces interventions ont été poursuivies jusqu'au bout ou ont été interrompues avant leur terme. De même, concernant les événements de vie scolaire ou familiale, nous n'avons pas d'informations sur l'impact subjectif de chaque événement vécu.

Il faut aussi tenir compte du fait que nous avons dépouillé des dossiers d'une institution de soins psychologiques s'occupant de la *rupture scolaire*. Probablement certains des adolescents ont eu d'autres interventions nous nous n'en avons pas de traces.

CHAPITRE VIII

QUALITE DES LIENS SOCIAUX ET CONSOMMATION DE CANNABIS

- ETUDE II -

L'Etude II vise à mieux comprendre la relation entre la qualité des *liens sociaux* et la consommation de *cannabis*.

1. Problématique et objectifs

Dans la première partie de cette étude et afin de mieux comprendre l'influence de la qualité des *liens sociaux* sur la gravité de la consommation de *cannabis*, nous avons évalué les liens de l'adolescent avec la *famille*, le groupe de *pairs*, *l'école* ainsi que le comportement délinquant et la relation qu'ils entretiennent avec la *loi*. Nous avons également évalué la gravité de la consommation de *cannabis* et l'incidence que peuvent avoir les problèmes *psychologiques* sur cette consommation. Dans la deuxième partie, nous avons évalué les *modèles internes d'attachement* comme données complémentaires de la problématique des *liens sociaux*, ceci dans le but d'étudier la capacité de modération que le *modèle interne d'attachement* peut avoir dans la relation entre les *liens sociaux* et la consommation de *cannabis*.

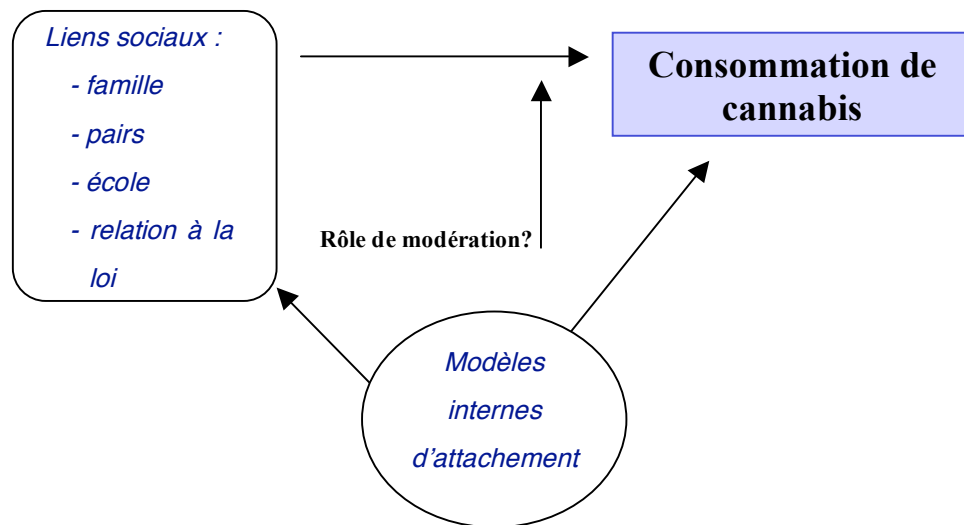


Figure 25 : Illustration de la problématique de l'Etude II.

L'Etude II comporte deux objectifs principaux :

- Le premier objectif est d'étudier la relation entre la qualité des *liens sociaux* et la consommation de *cannabis* chez les adolescents en rupture scolaire, ainsi que chez les adolescents scolarisés (groupe Clinique et groupe Non Clinique).
- Le deuxième objectif vise à étudier la relation entre les *modèles internes d'attachements*, les *liens sociaux* et la consommation de *cannabis*, ceci seulement pour le groupe d'adolescents en rupture scolaire et de *liens sociaux* (groupe Clinique).

2. Hypothèses

- H1: Il existe des corrélations entre les 4 mesures de *liens sociaux* (*famille, pairs, école et loi*) ainsi qu'entre chacune de celles-ci et le score des problèmes *psychologique*.
- H2: Les *liens sociaux* (*famille, pairs, école*), le comportement délinquant (*loi*) et la gravité des problèmes *psychologiques* ont une influence sur la gravité de la consommation de *cannabis*.
- H3: La qualité des *liens sociaux* est associée au type de *modèle interne d'attachement*.

- H4: La gravité de la consommation de *cannabis* est associée de préférence au modèle interne d'attachement de type *inséure*.
- H5: Les *modèles internes d'attachement* ont un effet modérateur sur la relation entre la gravité des *liens sociaux* et la gravité de la consommation de *cannabis*.

3. Méthode

3.1. Population

Une partie des analyses de l'Etude II (hypothèses H1 et H2) porte sur deux groupes d'adolescents (groupe Clinique et groupe Non Clinique). La deuxième partie des analyses (hypothèses H3, H4 et H5) porte seulement sur les adolescents du groupe Clinique, c'est à dire les adolescents en *rupture scolaire* et de *liens sociaux*²⁸. Voici la constitution des deux groupes :

- Le groupe Clinique est composé de 50 adolescents âgés de 12 à 19 ans en traitement dans un Centre de jour. Pour l'Etude II, nous n'étions pas en mesure d'inclure les 100 adolescents de l'Etude I. En effet, au moment de mettre en place cette recherche, la moitié des patients dont nous avons étudié les dossiers (Etude I), n'était plus suivie au Centre. Nous n'étions donc pas en mesure de leur administrer les questionnaires correspondant aux Etudes II et III. Ainsi, dans le cadre de l'évaluation de la problématique clinique des nouveaux patients, il leur a été proposé de répondre aux questionnaires présentés ci-dessous.
- Le groupe Non Clinique est composé de 60 adolescents âgés entre 12 et 19 ans recrutés dans des écoles et centres de formation professionnelle. Au cours d'une unique séance d'environ 120 minutes, il leur a été administré les questionnaires présentés ci-dessus.

²⁸ Le questionnaire CaMir évaluant les *modèles internes d'attachement*, n'a pas été administré aux sujets du groupe Non Clinique en raison du temps important qu'exige son administration. En effet, dans le laps de temps imparti à la passation des questionnaires, il nous a été impossible d'administrer le questionnaire dans les conditions méthodologiques requises.

3.2. Recrutement des adolescents

3.2.1. Recrutement des adolescents du Groupe Clinique

Le recrutement des sujets du groupe Clinique s'est étalé sur 25 mois en fonction de l'ordre des demandes formulées au Centre de jour par les institutions et professionnels partenaires. Une fois la demande reçue, l'équipe des psychologues évalue la pertinence de celle-ci et en fonction des places disponibles fixe un entretien d'admission avec le professionnel demandeur, l'adolescent et sa famille. Un contrat est signé et la procédure d'évaluation clinique démarre. Lors de cette évaluation clinique (entretiens individuels, entretiens d'anamnèse et administration de tests et/ou questionnaires), les évaluateurs proposent à l'adolescent la participation à la recherche. Si l'adolescent souhaite participer, il signe un accord par écrit et fait signer à ses parents un deuxième document qui autorise les évaluateurs à utiliser les données recueillies. Les critères d'inclusion étaient :

- avoir entre 12 et 19 ans,
- être en situation de rupture scolaire,
- être patient du Centre de jour pour adolescents²⁹.

Le seul critère d'exclusion était le fait d'avoir une pathologie psychique rendant difficile l'administration des questionnaires de la batterie de recherche.

3.2.2. Recrutement des adolescents du groupe Non Clinique

Le recrutement du groupe Non Clinique s'est étalé sur 4 mois, de décembre 2004 à avril 2005. Il a été fait en deux étapes : une première étape d'approche des institutions, écoles, écoles supérieures et centres de formations professionnelles. L'équipe a envoyé des lettres pour demander la collaboration des institutions en expliquant les objectifs de la recherche ainsi que l'utilisation des données recueillies. Après avoir obtenu les autorisations, des affiches ont été préparées dans le but d'atteindre directement les adolescents en les invitant à participer à la recherche et à prendre contact avec l'équipe par téléphone ou courrier électronique. Pour les sujets plus jeunes (de 12 à 15 ans environ), nous avons compté sur la collaboration des

²⁹ Centre Psychopédagogique pour Adolescents de l'Association Païdos CPPA.

enseignants de deux écoles. Ils nous ont permis de présenter la recherche directement dans les salles de classe. Les adolescents pouvaient également contacter les évaluateurs par l'intermédiaire de l'infirmière de l'établissement.

Environ 90 adolescents ont contacté l'équipe de recherche. Dans tous les cas, ils devaient signer un accord (cosigné par les parents des mineurs). Étant donné qu'une grande majorité des adolescents était des filles, nous avons retenu seulement 60 sujets, en essayant d'équilibrer la distribution filles / garçons afin qu'elle soit équivalente à celle du groupe Clinique.

Les critères d'admission étaient :

- avoir entre 12 et 19 ans,
- être scolarisé ou inscrit dans un cursus de formation professionnelle.

Le seul critère d'exclusion était le fait d'être pris en charge par une institution de soins.

3.3. Instruments d'évaluation

3.3.1. ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis)

L'ADAD (Friedman & Utada, 1989 ; version française, Bolognini, *et al.*, 2001) est un instrument central du protocole de recherche. Il permet d'obtenir une évaluation multidimensionnelle à travers le profil de gravité des neuf domaines importants de la vie de l'adolescent, y compris la consommation de substances psychoactives. Par ailleurs, ces mesures sont utilisables non seulement en recherche mais également dans la pratique clinique du CPPA puisqu'elles renseignent sur le besoin de traitement pour chaque domaine de vie de l'adolescent.

Plusieurs instruments ont été élaborés pour mesurer la problématique de la consommation de substances chez l'adolescent. Certains d'entre eux permettent de poser un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances³⁰, alors que d'autres s'inscrivent dans une

³⁰ Parmi ces instruments figurent l'ADI, un questionnaire structuré pour le diagnostic de jeunes âgés entre 13 et 17 ans ; le MMPI-A, un auto-questionnaire permettant de décrire les comportements vis-à-vis de la drogue/de

perspective plus large et incluent également l'évaluation des aspects biographiques, psychologiques et sociaux³¹.

L'ADAD fait partie de la deuxième catégorie mentionnée. Il a été validé et utilisé dans plusieurs études (Friedman & Utada, 1989, 1995, 1999). Cet instrument permet d'évaluer en détail la consommation ainsi que le contexte de vie dans lequel la consommation survient. Il a été élaboré pour une utilisation à la fois dans le domaine de la recherche et dans le domaine de la clinique. Bien que cet instrument ne prévoie pas seulement d'évaluer la consommation de *cannabis* mais de plusieurs substances psychoactives, il nous est apparu pertinent de l'utiliser pour atteindre l'objectif de cette recherche qui ne concerne qu'une seule de ces substances.

L'ADAD est un entretien structuré créé à partir de l'ASI (*Addiction Severity Index*, McLellan Luborsky, Woody, & O'Brien, 1980) et destiné aux adultes. Il comprend 150 items qui investiguent neuf domaines de la vie des adolescents consommateurs de substances psychoactives. Une série de questions portent par ailleurs sur des données socio-démographiques. Le temps d'administration de ce questionnaire est variable, mais prend environ entre 45 et 60 minutes.

Les domaines investigués sont :

- I. domaine *médical**,
- II. Vie scolaire, *école**,
- III. Vie active / formation professionnelle,
- IV. Vie sociale et relations avec les *pairs**,
- V. Relations avec la *famille**,
- VI. État et problèmes psychologiques, *psy**,
- VII. Comportement délinquant, relation avec la *loi**,
- VIII. Consommation de drogue, (*cannabis**).

l'alcool chez les jeunes de 14 à 18 ans, et le PESQ, un questionnaire de 16 items visant à identifier l'usage d'alcool et/ou de drogues chez les 12 à 18 ans.

³¹ Parmi ces instruments, on retrouve notamment le T-ASI, un entretien structuré investiguant sept domaines (usage de drogues, statut scolaire, statut lié à l'emploi, relations familiales, statut légal, relations sociales, statut psychiatrique) ; le POSIT, un auto-questionnaire de 139 items répartis en 10 échelles (usage de drogues, statut somatique, statut psychique, relations avec les pairs, relations familiales, statut scolaire, statut lié à l'emploi, aptitudes sociales, loisirs, comportement agressif/délinquance) ; l'APSI et le PEI, deux entretiens structurés qui identifient le comportement vis-à-vis de l'usage de drogues ainsi que les facteurs psycho-sociaux.

- IX. Consommation d'*alcool**.

* Variables retenus pour les analyses

Chacun des domaines constitue un chapitre de l'instrument à l'exception de la consommation d'alcool et de drogue qui sont regroupés. Chacun des chapitres est composé de deux types de questions :

- des questions objectives ou factuelles (sur un état de fait ou sur des événements),
- des questions subjectives (opinions ou évaluations du sujet)

Chaque chapitre de l'instrument compte avec trois types d'échelles :

L'échelle d'évaluation de la gravité : allant de zéro à neuf, elle est utilisée par l'évaluateur à la fin de chaque domaine pour répondre à la question : « Dans quelle mesure jugez-vous nécessaire que ce sujet bénéficie d'une aide extérieure pour ses problèmes dans le domaine concerné ? ». Une procédure de cotation en deux étapes a été décrite par les auteurs.

L'échelle d'évaluation par le sujet lui-même : elle comprend quatre degrés allant de zéro à trois³² et est utilisée par le sujet lui-même pour répondre à deux questions : " Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été gêné(e) ou préoccupé(e) par des problèmes dans le domaine concerné? " et " Dans quelle mesure estimez-vous avoir besoin d'une aide pour des problèmes dans le domaine concerné? ".

L'échelle de confiance : elle est utilisée par l'évaluateur pour déterminer la véracité des réponses du sujet et sa capacité à comprendre la nature et les objectifs de l'entretien. Cette échelle se présente à la fin de chaque domaine sous la forme suivante : « Jugez-vous les réponses ci-dessus faussées par : a) une déformation des faits par le sujet ; b) un manque de compréhension de la part du sujet ? » (0 = non, 1 = oui).

Parmi ces trois échelles, seule la première « *échelle de gravité* » est retenue pour les analyses statistiques. Les autres deux échelles mentionnées ont un rôle complémentaire dans l'évaluation. L'échelle du sujet lui-même module l'évaluation de la gravité faite par

³² Les degrés sont : 0 = « pas du tout », 1 = « un peu », 2 = « passablement », 3 = « beaucoup ».

l'évaluateur et l'échelle de confiance donne une information nécessaire sur la qualité des informations.

Validité de la version française de l'ADAD

Cet instrument a été traduit et validé au cours d'une recherche auprès de 102 adolescents consommateurs de substances psychoactives au Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent (SUPEA) de Lausanne, Suisse (Bolognini, *et al.*, 2001).

Accords inter-juges sur les scores de gravité

Les membres de l'équipe se sont formés à l'administration de l'outil afin de se familiariser avec la procédure d'entretien et la cotation des réponses à l'aide d'une cassette vidéo enregistrée par les auteurs de la version française. Des jeux de rôles recréant des situations issues de notre expérience clinique ont été mis en place pour entraîner les évaluateurs novices. Tous les membres de l'équipe se sont également formés à la procédure de cotation des scores de gravité proposés par l'auteur. Ces cotations ont fait l'objet d'une analyse d'accord inter juges.

Les membres de l'équipe ont réalisé la cotation de 4 entretiens afin d'évaluer les accords dans les neuf domaines concernant les scores de gravité. L'analyse de fiabilité nous indique que la valeur de Kappa est acceptable ($kappa = .64$).

3.3.2. Le CaMir (Modèles individuels de relations)

Inspiré de l'« *Adult Attachment Interview* » AAI (Main, *et al.*, 1985), le CaMir (Pierrehumbert *et al.*, 1996) permet d'identifier les modèles individuels de relations en supposant l'existence d'un modèle de représentation de soi-même et des autres dans les relations inter-personnelles.

Sans se substituer à l'AAI³³, il permet de décrire des stratégies d'attachement et jouit d'une fiabilité satisfaisante.

Il s'agit un questionnaire de type « Q-sort ³⁴» comportant 72 items relatifs aux dimensions significatives des modèles d'attachement. Chaque item correspond à une affirmation écrite sur une carte. L'adolescent doit catégoriser les cartes en fonction de son appréciation selon 5 possibilités allant de *vrai* à *faux* (type échelle de Likert). Un calcul, à partir des coefficients obtenus lors de la validation, permet d'identifier le modèle interne du sujet parmi les modèles *sécuré*, *insécuré détaché* et *insécuré préoccupé*. L'instrument a été validé dans une étude suisse réalisée auprès de 133 sujets (Pierrehumbert *et al.*, 1996).

Les 72 items sont définis de manière à couvrir quatre niveaux de réalité :

- *Le présent* avec des questions relatives à la famille actuelle,
- *le passé* avec des questions destinées à saisir des éléments de l'expérience passée avec les deux parents ou avec l'un d'eux plus particulièrement,
- *l'état d'esprit* avec des questions concernant l'appréciation actuelle à l'égard de l'implication des parents. Ces items s'intéressent davantage au niveau d'élaboration qu'aux souvenirs ou à l'expérience réelle,
- *les généralisations* avec des questions sur les représentations généralisées, des besoins émotionnels des enfants et des adultes.

Les 72 items sont dans un premier temps triés par le sujet en cinq piles, allant du plus « vrai » aux plus « faux »³⁵. On lui demande ensuite de reprendre le tri et de procéder à une distribution forcée avec un nombre déterminé de cartes dans chaque pile. Cette distribution « forcée » tend à s'approcher d'une distribution dite « normale ».

L'évaluation repose sur le vécu du sujet, mais aussi sur l'élaboration des souvenirs d'enfance. À l'aide de la procédure Q-sort, trois indices de « stratégies relationnelles » sont dérivés de ce

³³ *Adult Attachment Interview* (Main, *et al.*, 1985).

³⁴ La procédure Q-sort incite le sujet à comparer les cartes entre elles et à les sérier en fonction de leur degré de véracité, ceci jusqu'à ce que chaque série ne comprenne plus qu'un nombre limité de cartes.

³⁵ Chaque item obtient donc le score suivant : « vrai »=5 ; « un peu vrai »=4 ; « ne sais pas »=3 ; « un peu faux »=2 ; « faux »=1.

questionnaire : *sécurité, détachement et préoccupation*. Les trois coefficients de corrélation expriment le degré de ressemblance du sujet à chacun des prototypes.

Chaque sujet obtient un score (coefficient de corrélation ou score « T ») pour chacune des trois échelles : « *sécure* », « *insécure détaché* » et « *insécure préoccupé* ». Quand il est nécessaire d'utiliser des catégories (*sécure, insécure détaché et insécure préoccupé*), l'évaluateur peut également par inspection visuelle, classer les sujets selon ces trois catégories en choisissant le score le plus élevé.

3.4. Procédure

La procédure d'évaluation des adolescents du groupe Clinique et du groupe Non-Clinique a été conçue différemment selon les ressources et les possibilités des évaluateurs et des adolescents. Pour les adolescents du groupe Clinique (ayant pour beaucoup d'entre eux des troubles de la pensée comme des difficultés de l'attention et de la concentration), répondre aux questionnaires pendant plus d'une heure était problématique. Etant donné qu'ils fréquentaient le Centre, nous pouvions donc les évaluer en 2 ou 3 étapes (décrites ci-dessous). En revanche, pour les adolescents du groupe Non Clinique (adolescents scolarisés n'ayant pas à priori de problématique psychologique), l'administration des trois questionnaires³⁶ au cours d'une seule séance était la procédure la plus ajustée car nous ne les rencontrions qu'une seule fois.

Pour le groupe clinique, les questionnaires ont été administrés aux 50 adolescents de manière échelonnée :

- Lors de la troisième ou quatrième semaine de prise en charge, chaque adolescent du groupe a répondu au questionnaire ADAD au cours d'un entretien semi-structuré d'environ 1 heure.

³⁶ Lors de la même séance d'évaluation (d'une durée d'environ 2 h), nous administrons le questionnaire ADAD (Etude II), ainsi que les questionnaires STAI et CASQ (utilisés dans l'Etude III) en respectant à chaque fois le même ordre : 1) ADAD ; 2) STAI et 3) CASQ.

- Le questionnaire CaMir a été administré à partir de la 5^e semaine lors des entretiens hebdomadaires prévus dans le suivi psychologique. L'administration de ce questionnaire prenait environ 45 minutes.

Les 60 adolescents du groupe Non Clinique ont répondu au questionnaire ADAD (ainsi qu'aux deux questionnaires de l'Etude III) lors d'un seul rendez-vous d'environ 2 h fixé dans un lieu choisi par le sujet.

3.5. Variables et types de mesure

Le questionnaire ADAD fournit un score de gravité pour la consommation de *cannabis* ainsi que des scores sur la qualité des *liens sociaux* pour les domaines : *école*, *famille*, *pairs* et *loi*. Ces scores varient de « 0 » point (indiquant l'absence de problème important) à « 9 » points (indiquant la gravité des problèmes).

Le questionnaire CaMir fournit trois scores pour trois dimensions : *sécuré*, *insécuré détaché* et *insécuré préoccupé* (score dimensionnel : échelles allant de 0 point à 70 points). L'instrument permet également de catégoriser les sujets à partir de ces scores selon les trois types de modèles (catégorie *sécuré*, catégorie *insécuré détaché* et catégorie *insécuré préoccupé*). Le Tableau 15 présente les instruments, les variables ainsi que les mesures et leurs différentes utilisations dans l'Etude II.

Tableau 15 : Résumé des variables et mesures de l'Etude II.

<i>Instruments</i>	<i>Variables</i>	<i>Mesures</i>
ADAD	- <i>Cannabis</i> Liens sociaux : - <i>Ecole</i> - <i>Famille</i> - <i>Pairs</i> - <i>Loi</i>	- Score de gravité (0 à 9 points) - Score de gravité (0 à 9 points) - Score de gravité (0 à 9 points) - Score de gravité (0 à 9 points) - Score de gravité (0 à 9 points)
CaMir	- Modèle interne d'attachement	- Scores : modèle <i>sécuré</i> , modèle <i>insécuré détaché</i> , modèle <i>insécuré préoccupé</i> . (échelle de 0 à 70) - Catégories : <i>sécuré</i> , <i>insécuré détaché</i> , <i>insécuré préoccupé</i>

4. Résultats

Afin de tester les hypothèses postulant une relation significative entre les *liens sociaux* et la consommation de *cannabis*, deux instruments ont été administrés : l'ADAD et le CaMir. Étant donné la richesse des informations récoltées par l'intermédiaire de ces instruments, nous présentons d'abord quelques résultats descriptifs, suivis des analyses statistiques pour tester les hypothèses.

4.1. Consommation de cannabis et autres substances psychoactives

Le questionnaire ADAD fournit un score de gravité pour la consommation de *cannabis* qui a pour but d'évaluer s'il s'agit d'un problème extrêmement important, important, modéré, léger ou s'il n'y a pas de véritable problème (cf. présentation de l'instrument). Il indique également dans quelle mesure le sujet nécessite ou non un traitement. Nous n'avons pas trouvé de différences concernant le sexe des adolescents. Le Tableau 16 montre la distribution des scores de gravité avec sa signification en termes cliniques pour les groupes Clinique C et Non Clinique NC.

Tableau 16 : Scores de gravité de la consommation de *cannabis*, groupes C et NC.

Gravité de la consommation de <i>cannabis</i> (signification en termes cliniques)	Groupe C N = 50 N / (%)	Groupe NC N = 60 N / (%)
Problème extrêmement important, traitement absolument nécessaire (8 à 9 pts.).	N = 16 (32 %)	N = 4 (6.7 %)
Problème important, traitement nécessaire (6 à 7 pts.).	N = 13 (26 %)	N = 0 (0%)
Problème modéré, traitement indiqué (4 à 5 pts.).	N = 6 (12 %)	N = 3 (5 %)
Problème léger, traitement recommandé (2 à 3 pts.).	N = 8 (16 %)	N = 12 (20%)
Pas de véritable problème (0 et 1 pt.).	N = 7 (14 %)	N = 41 (68.3%)

Les deux groupes se différencient nettement quant à la consommation de *cannabis*, que celle-ci soit problématique ou non. En effet, 70 % des adolescents du groupe Clinique sont évalués comme ayant besoin d'un traitement, « indiqué », « nécessaire » ou « absolument nécessaire »

(scores de 4 à 9) contre 11,7 % pour le groupe Non Clinique³⁷. Il est vrai que le groupe Clinique est constitué d'adolescents exprimant une demande d'aide (directement ou véhiculée par quelqu'un de leur entourage familial ou professionnel). Pour aucun sujet de ce groupe la consommation de *cannabis* n'a été présentée comme la problématique principale.

Le Figure 26 montre la distribution des valeurs pour le score de gravité de la consommation en fonction des moyennes et écarts types dans les deux groupes. On observe une distribution s'approchant de la « normale » pour le groupe Clinique et une distribution s'éloignant de la « normale » avec des valeurs extrêmes pour le groupe Non Clinique. Sur une échelle allant de 0 à 9, la moyenne du score de gravité du groupe Clinique est très élevée ($M = 5.52$; $SD = 3.09$), même si certains sujets de ce groupe (également des scores extrêmes) ont un score très bas. En ce qui concerne les sujets du groupe Non Clinique, ceux-ci ne présentent en général pas de problèmes graves concernant la consommation de *cannabis*. La plupart d'entre eux ont un score très bas ($M = 1.38$; $SD = 2.43$), à l'exception de 3 sujets extrêmes (cf. Figure 26). Ces 3 sujets n'ont pas été exclus de l'échantillon en raison, d'une part du nombre restreint de sujets du groupe Non Clinique ($N = 60$) et d'autre part, car leur implication sur la moyenne ne dérangeait pas de manière significative nos analyses³⁸.

³⁷ Un problème d'ordre éthique s'est présenté en ce qui concerne les adolescents du groupe non Clinique qui ont été évalués comme nécessitant un traitement pour des problèmes de consommation de cannabis (11.7 %). En tant que cliniciens, nous devrions être capable de donner suite à une intervention de soins. Ces sujets ont donc été questionnés à la fin de l'entretien pour savoir s'ils avait déjà reçu une aide ou s'ils éprouvaient le besoin d'en avoir une. Certains d'entre eux ont été orientés vers des services publics qui assurent un suivi pour cette problématique.

³⁸ En effet, une partie de nos analyses a été effectuée en opposant les sujets dépendants aux sujets non-dépendants. Ceci sans tenir compte de leur appartenance au groupe Clinique ou au groupe Non Clinique. Ces 3 sujets extrêmes perdent ainsi leur statut « extrême ».

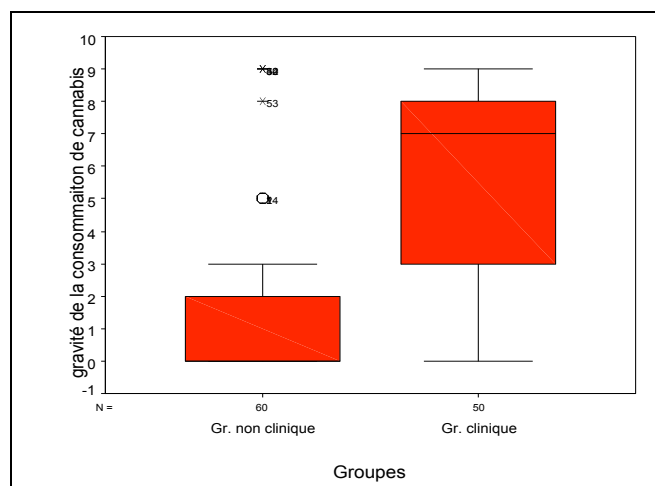


Figure 26 : Gravité de la consommation de *cannabis*, groupes C (N = 50) et NC (N = 60).

Tableau 17 : M et SD de la gravité de la consommation de cannabis pour les groupes C et NC.

	M	(SD)
Groupe C	5.52	(3.09)
Groupe NC	1.38	(2.43)

4.1.1. Consommation d'autres substances psychoactives

L'entretien ADAD investigate également la consommation d'autres substances psychoactives légales (tabac, alcool) et illégales (cocaïne, héroïne, ecstasy, LSD, etc.). Le Tableau 18 résume la consommation de ces substances pour les deux groupes, *Clinique* et *Non Clinique*.

Tableau 18 : Consommation des substances psychoactives.

	Groupe C N = 50	Groupe NC N = 60	Chi ²	p
Cannabis				
- jamais consommé	14 %	65 %	29.155	.001
- de 1 à 4 fois par mois	30 %	25 %	.344	.558
- de 2 à 6 fois par semaine	14 %	3.3 %	4.131	.042
- de 1 à 3 fois par jour ou plus	40.5 %	6.6 %	19.388	.001
Tabac				
- jamais fumé	29.2 %	51.7 %	5.554	.018
- de 1 à 10 cigarettes	33.2 %	31.7 %	.034	.854
- de 11 à 20 cigarettes	31.3 %	13.3 %	5.107	.002
- 21 cigarettes ou plus	6.3 %	3.3 %	.514	.474

Alcool					
-	jamais consommé	14 %	20 %	.687	.407
-	de 1 à 4 fois par mois	45 %	61.6 %	2.042	.153
-	de 2 à 5 fois par semaine	37.5 %	18.4 %	4.988	.026
-	1 à 3 fois par jour ou plus	0 %	0 %	-	-
Ecstasy					
-	jamais consommé	82 %	100 %	-	-
-	déjà consommé dans le passé	18 %	0 %	11.772	.001
Cocaïne					
-	jamais consommé	90 %	100 %	-	-
-	déjà consommé dans le passé	10 %	0 %	6.286	.012
Héroïne					
-	Jamais consommé	95 %	100 %	-	-
-	Déjà consommé dans le passé	5 %	0 %	5.654	.085

4.1.2. Consommation d'alcool

La consommation d'alcool est importante chez les adolescents des deux groupes (cf. Tableau 19) mais les sujets du groupe Clinique sont plus graves que les sujets du groupe Non Clinique ($F(1/109) 96.45 p = .001$) (Cette substance a été souvent associée à la consommation de *cannabis* (Peretti-Watel, *et al*, 2002). Concernant la population clinique, 33 % des adolescents disent avoir associé l'alcool et le *cannabis* entre 5 et 15 fois durant le dernier mois. Pour le groupe Non Clinique, ce pourcentage n'est que de 8,5%. En ce qui concerne la consommation mixte de tabac et de *cannabis*, nous ne pouvons rien avancer car le questionnaire n'investigue pas cette association de substances.

Tableau 19 : Score de gravité de la consommation d'alcool (ADAD).

	Groupe C N = 50 M (SD)	Groupe NC N = 60 M (SD)	F	p
Alcool	3.52 (2.05)	2.51 (1.63)	96.45	.001

Le questionnaire ADAD prévoit également des items pour lesquels l'adolescent évalue lui-même sa ou ses consommation/s de substances, c'est-à-dire dans quelle mesure il perçoit ce comportement comme problématique. Le Tableau 20 présente les réponses des adolescents aux questions : « *quelle est la substance qui vous pose le plus problème ?* » :

Tableau 20 : Substances dont la consommation est considérée comme problématique (par le sujet lui-même)

	Groupe C N = 50	Groupe NC N = 60
Cannabis	60 %	18 %
Tabac	11 %	0 %
Alcool	5 %	27 %
Autres substances	2 %	0 %
Aucune substance	22 %	55 %

Pour les sujets du groupe Clinique, la consommation de *cannabis* est considérée comme la plus problématique et la substance dont ils peuvent le moins se passer (60 %). En contrepartie, pour les adolescents du groupe Non Clinique, le pourcentage est considérablement moindre (18 %). Il est intéressant de constater que 27 % de la population non clinique signale l'alcool comme étant une substance problématique.

Résumé

- Les différences entre les deux groupes en ce qui concerne la consommation de *cannabis*, sont importantes. On observe une présence prépondérante de problèmes de consommation chez les adolescents en rupture de formation. En effet, le *cannabis* est la substance la plus souvent consommée, dont le type de consommation demande majoritairement un traitement et qui est considérée par les sujets eux-mêmes comme la plus problématique.
- Chez les adolescents scolarisés, bien que la consommation existe, celle-ci est considérée comme moins problématique par les sujets eux-mêmes et évaluée par les professionnels comme nécessitant moins de traitement.
- La consommation d'autres substances reste moins importante, mis à part la consommation d'alcool, tant chez les adolescents du groupe Clinique que chez les adolescents du groupe Non Clinique.

4.2. Liens sociaux : famille, pairs, école et relation à la loi.

Les scores de gravité de l'ADAD représentent des domaines différents de la vie de l'adolescent qui peuvent s'avérer problématiques. Certains de ces domaines représentent plus clairement une mesure de la qualité des liens que les adolescents entretiennent avec leur entourage social, à savoir *la famille, les pairs, l'école* ainsi que la relation à la *loi*. Le Tableau 21 et la Figure 27 représentent les scores de gravité de ces quatre domaines plus le domaine

psychologique et le domaine de consommation de *cannabis*, dans les deux groupes, Clinique et Non Clinique.

Tableau 21 : M et (SD) des domaines évalués par l'ADAD pour le groupe C et le groupe NC

Domaines ADAD	Groupe C N = 50 M (SD)	Groupe NC N = 60 M (SD)	F	p
Famille	6.62 (1.49)	3.21 (1.64)	126.37	.001
Pairs	5.16 (1.95)	2.58 (1.45)	62.81	.001
Ecole	7.20 (1.48)	2.65 (1.42)	267.86	.001
Loi	3.96 (.28)	1.40 (0.86)	48.46	.001
Psychologique	6.64 (.75)	3.55 (1.77)	83.11	.001
Cannabis	5.52 (3.09)	1.38 (2.42)	61.56	.001

Les deux groupes se différencient de manière significative sur tous les domaines évalués par l'ADAD: *famille* : $F(1/108) = 126.37, p = .001$; *pairs* : $F(1/108) = 62.81, p = .001$; *école* : $F(1/108) = 267.86, p = .001$; *loi* : $F(1/108) = 48.46, p = .001$; *psychologique* : $F(1/108) = 83.11, p < .001$; *cannabis* : $F(1/108) = 61.56, p = .001$.

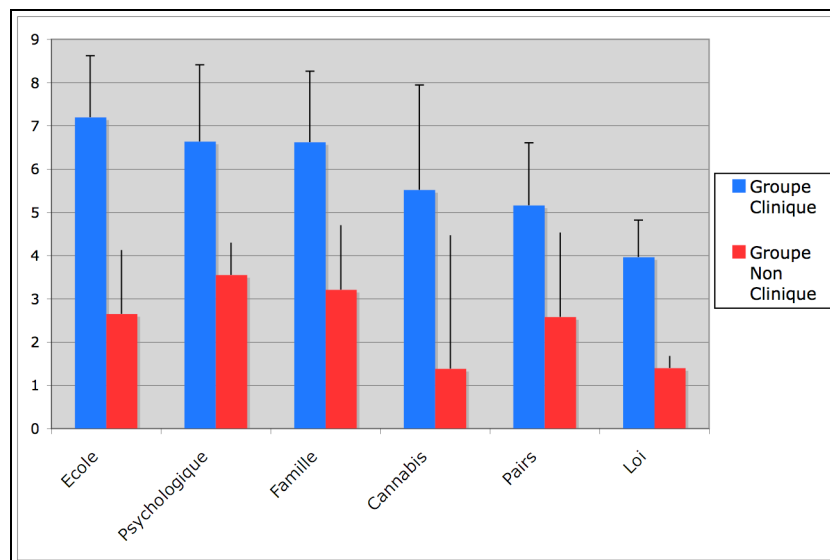


Figure 27 : Scores de gravité pour les deux groupes, groupe C (N = 50) et groupe NC (N = 60).

Afin de connaître davantage d'éléments concernant les liens que ces adolescents entretiennent avec leur contexte social, nous avons analysé plus précisément le contenu des réponses au questionnaire ADAD pour les domaines : *famille*, *pairs*, *école* et *loi*. Pour chacun de ces domaines, ont été retenues des informations factuelles ainsi que des appréciations subjectives

des adolescents, notamment leur propre évaluation de leur situation (en termes d'inquiétude et / ou besoin de traitement³⁹) (cf. Chapitre Méthode).

4.2.1. Famille

Les données concernant la composition familiale des sujets ont été présentées dans le chapitre Méthode. Le tableau 22 montre les caractéristiques concernant la situation actuelle, la satisfaction ainsi que les antécédents de problèmes chez des membres de la famille (maladies psychiques, consommation d'alcool et/ou drogues).

Tableau 22 : Relations familiales, comparaisons entre les groupes C et NC.

<i>Famille</i>	Groupe C N = 50	Groupe NC N = 60	<i>Chi</i> ²	<i>p</i>
Situation actuelle				
• Ont souvent des conflits familiaux	54 %	35 %	4.00	.045
• Ont une bonne entente avec :				
• Mère	54 %	78 %	8.45	.015
• Père	54 %	63 %	1.30	.523
Satisfaction de la communication				
• Trouve que la communication familiale est satisfaisante	52 %	73 %	6.026	.049
• Trouve difficile de parler avec la mère	44 %	50 %	2.629	.269
• Trouve difficile de parler avec le père	55 %	55 %	2.975	.396
Antécédents de consommation de drogues dans la famille				
• Mère	8 %	0 %	4.98	.026
• Père	10 %	0 %	6.33	.042
• Frère / sœur	12 %	8 %	.897	.638
Antécédents de problèmes psychologiques				
• Mère	36 %	20 %	3.52	.061
• Père	26 %	11,7 %	5.256	.154
• Frère / sœur	14 %	3.3 %	4.774	.092
Auto-évaluation				
• Se sent inquiet (un peu, passablement ou beaucoup) pour la situation	64 %	50 %	2.17	.100
• Considère avoir besoin d'une aide, d'un traitement	40 %	26.6 %	17.08	.001

³⁹ L'adolescent peut répondre en utilisant une échelle à quatre modalités (cf. chapitre IV - Méthode) : *pas du tout*, *un peu*, *passablement* et *beaucoup*. En tenant compte des difficultés avec lesquelles les adolescents ressentent et expriment leurs problèmes ou une demande d'aide, nous avons considéré les trois possibilités (*un peu*, *passablement* et *beaucoup*) comme des valeurs exprimant la présence d'une préoccupation et d'un besoin de traitement, excluant seulement l'option *pas du tout* du pourcentage présenté dans le cadre.

Les sujets des deux groupes estiment vivre des conflits familiaux, mais les pourcentages du groupe Clinique sont plus importants. Concernant plus précisément la difficulté dans la communication avec les parents, on observe que les adolescents des deux groupes trouvent difficile de parler avec leur mère et père.

En relation aux antécédents de consommation de drogues chez les membres de la famille proche ainsi qu'aux antécédents de problèmes psychologiques, la différence entre les groupes est plus nette. Dans le groupe Non Clinique, la consommation de drogues n'existe pas chez les parents.

Quant à l'auto-évaluation de la situation (questions portant sur ses sentiments ou idées quant aux problèmes et au besoin de traitement), les pourcentages d'adolescents répondant être inquiets quant à la situation familiale (60 %) et avoir besoin d'un traitement (40 %) sont plus élevés dans le groupe Clinique. Néanmoins, certains adolescents du groupe Non Clinique montrent également une inquiétude non négligeable concernant les problèmes familiaux (50 %) et ressentent un besoin de traitement (26.6 %).

4.2.2. Pairs

Le domaine des relations aux *pairs* investigate le niveau de satisfaction / insatisfaction de l'adolescent vis-à-vis de son groupe d'amis/es, ainsi que ses activités avec eux.

Tableau 23 : Relations avec les pairs, comparaisons entre les groupes C et NC.

<i>Pairs</i>	Groupe C N = 50	Groupe NC N = 60	<i>Chi</i> ²	<i>p</i>
Se sent satisfait dans les relations avec ses pairs	62 %	85 %	7.603	.006
Groupe de cinq amis, les plus proches				
- ont au moins un ami à qui se confier	80 %	96 %	7.795	.005
- ont au mois un ami qui consomme du cannabis	84 %	30 %	37.3	.001
- ont au moins un ami qui a (ou a eu) de problèmes avec police en relation à sa consommation	56 %	17 %	26.998	.001
- ont au moins un ami qui a abandonné l'école	58 %	25 %	29.81	.001
- ont eu des problèmes avec l'un ou plusieurs de ses amis les 30 derniers jours (séparation, rupture, conflit, bagarre)	44 %	35 %	3.140	.208

Relations intimes	52 %	49 %	.147	.702
- a un/une petit ami/e	40 %	30 %	1.571	.456
- est satisfait/e de cette relation	64 %	48 %	6.286	.012
- a déjà eu des relations sexuelles				
Auto-évaluation	Groupe C N = 50	Groupe NC N = 60	<i>Chi</i> ²	<i>P</i>
• Se sent inquiet (un peu, passablement ou beaucoup) pour la situation	65 %	40 %	7.38	.006
• Considère avoir besoin d'une aide, d'un traitement	65 %	30 %	13.37	.001

De manière générale, les adolescents des deux groupes ne se différencient pas de manière aussi claire vis-à-vis des pairs que dans les autres domaines. Concernant l'échelle d'auto-évaluation, une quantité considérable d'adolescents du groupe Non Clinique déclare s'inquiéter de sa situation (40 %) et avoir besoin d'une aide externe (30 %).

4.2.3. Ecole

Le domaine scolaire investigate la situation actuelle ou précédent la rupture dans laquelle se trouve l'adolescent en relation à l'école obligatoire et/ou post-obligatoire ainsi que les principaux problèmes que l'adolescent rencontre ou a rencontré lors de son parcours. Le Tableau 24 montre les principales différences entre les deux groupes.

Tableau 24 : Qualité des liens avec l'école (dernier mois de scolarité effectuée) , comparaisons entre les groupes C et NC.

<i>Ecole</i>	Groupe C N = 50	Groupe NC N = 60	<i>Chi</i> ²	<i>p</i>
Vie scolaire (selon l'adolescent lui-même)				
- manquer trop souvent les cours	72 %	13 %	40.521	.010
- trouver le niveau trop difficile	53 %	40 %	1.853	.173
- se sentir démotivé à bien travailler	80 %	51 %	10.889	.004
- avoir un problème avec un professeur	68 %	38 %	10.427	.001
- être envoyé chez le directeur ou doyen	50 %	10 %	21.828	.001
- avoir de la difficulté à lire	34 %	11 %	8.33	.004
- rencontrer de difficultés d'apprentissage	46 %	30 %	3.298	.069
Résultats durant la dernière année				
- en dessus de la moyenne	22 %	63.3 %	15.575	.001
- en dessous de la moyenne	30 %	5 %	31.772	.001
- juste à la moyenne	27.1 %	31.7 %	.269	.604
Auto-évaluation	Groupe C N = 50	Groupe NC N = 60	<i>Chi</i> ²	<i>P</i>
• Se sent inquiet (un peu, passablement ou beaucoup) pour				

•	la situation	60 %	52 %	.493	.306
	Considère avoir besoin d'une aide, d'un traitement	82 %	54 %	10.04	.001

Les différences entre les deux groupes en ce qui concerne ce domaine sont très prononcées. En effet, la vie scolaire pour les adolescents qui se trouvent en situation de rupture a été ressentie comme plus problématique que pour les adolescents scolarisés. Ce qui reste surprenant est le nombre d'adolescents du groupe Non Clinique qui déclarent se sentir inquiets concernant leur vie scolaire (52 %) et qui pensent avoir besoin d'aide (54 %).

4.2.4. Relation à la loi et comportement délinquant

Le domaine *loi* investigate le comportement délinquant et les activités hors-la-loi dans lesquelles l'adolescent s'est engagé. Il donne également une évaluation de la manière dont le sujet respecte les règles sociales ainsi qu'une appréciation de son propre comportement face à la loi.

Tableau 25 : Relation à la loi et délits commis durant les trois derniers mois, comparaisons entre les groupes C et NC.

<i>Loi</i>	Groupe C N = 50	Groupe NC N = 60	<i>Chi</i> ²	<i>p</i>	
Situation					
-	Déjà arrêté par la police	48 %	16.7 %	12.538	.001
-	Déjà mis en détention (plus d'une journée)	36 %	0 %	65.37	.001
-	Déjà sanctionné par un délit	30 %	1.7 %	17.614	.001
Délits les plus fréquents dans les trois derniers mois					
-	vol à l'étalage	20 %	11 %	1.566	.211
-	vente de cannabis	24.4 %	1.7 %	13.162	.001
-	tagger (dessiner des graffitis)	14.6 %	6.7 %	2.416	.299
-	cambriolage	12 %	1.7 %	5.022	.250
-	vandalisme	8 %	1.7 %	2.803	.246
-	vol de voitures	6 %	0 %	3.857	.005
Auto-évaluation					
		Groupe C N = 50	Groupe NC N = 60	<i>Chi</i> ²	<i>P</i>
•	Se sent inquiet (un peu, passablement ou beaucoup) pour la situation	20 %	0 %	13.2	.001
•	Considère avoir besoin d'une aide, d'un traitement	14 %	0 %	8.97	.003

Les différences entre les deux groupes sont également très nettes dans ce domaine. En effet, les adolescents du groupe Clinique présentent souvent des problématiques liées à des difficultés graves de comportement et de non-acceptation de la *loi*. La présence d'un comportement délinquant chez les adolescents du groupe Non Clinique reste exceptionnelle.

4.3. Problèmes psychologiques

Dans le but d'évaluer dans quelle mesure les problèmes d'ordre *psychologiques* et émotionnels sont présents dans notre population et ont une influence sur la qualité des *liens sociaux*, nous présentons ci-après les principales informations obtenues à travers l'investigation de ce domaine.

Tableau 26 : Antécédents psychologiques, comparaisons entre les groupes C et NC.

<i>Psychologique</i>	Groupe C N = 50	Groupe NC N = 50	<i>Chi²</i>	<i>p</i>
Ont déjà vécu pendant une période d'une semaine ou plus:				
- une dépression grave	65 %	38 %	7.850	.005
- de l'anxiété et/ou tension	61 %	46 %	2.296	.130
- des problèmes de mémoire et concentration	61 %	30 %	10.672	.001
- du mal à contrôler le comportement violent	38 %	12 %	10.004	.002
- penser sérieusement à se suicider	27 %	15 %	2.226	.136
Traitement psychologique (plus de 10 séances)				
- suivis en ambulatoire	70 %	22 %	25.849	.001
- suivis en milieu hospitalier	38 %	3.3 %	22.744	.001
Auto-évaluation	Groupe C N = 50	Groupe NC N = 60	<i>Chi²</i>	<i>P</i>
• Se sent inquiet (un peu, passablement ou beaucoup) pour la situation	70 %	47 %	6.06	.011
• Considère avoir besoin d'une aide, d'un traitement	58 %	30 %	8.73	.003

Plus de 60 % des adolescents du groupe Clinique déclarent avoir déjà eu des épisodes dépressifs, des problèmes d'anxiété et phobies et des problèmes de concentration et de comportement ; 37.5 % des problèmes pour contrôler des actes violents et 26.5 % des pensées suicidaires. Dans le même sens, 70 % des adolescents déclarent s'inquiéter (de un peu à beaucoup) en relation aux problèmes psychologiques et 58 % disent éprouver un besoin

d'aide. Dans ce même groupe, 70 % des adolescents ont déjà été suivi dans le cadre d'un suivi psychothérapeutique ambulatoire et 30 % dans le cadre d'une hospitalisation.

En ce qui concerne le groupe Non Clinique, le pourcentage d'adolescents ayant été suivi en cadre hospitalier est de 25 % en ambulatoire et de 3.3 % en hospitalisation. On constate que même si les difficultés psychologiques des adolescents du groupe Clinique sont plus importantes que celles de la population non clinique, certains de ces derniers déclarent vivre différents types de préoccupations et gênes quant aux aspects émotionnels et au fonctionnement psychologique. Ces pourcentages restent élevés pour une population tout-venant de jeunes individus. De même, le pourcentage d'adolescents de ce groupe qui déclare avoir besoin d'une aide professionnelle est également non négligeable (30 %) (cf. Tableau 26).

En résumé, d'une manière générale les adolescents du groupe Clinique se différencient de ceux du groupe Non Clinique. Néanmoins, ces différences sont moins claires en ce qui concerne par exemple le domaine évaluant les liens avec la *famille*. En effet, les adolescents du groupe Non Clinique déclarent avoir des conflits, jugent la communication familiale insatisfaisante et disent s'en inquiéter. De même, concernant les domaines évaluant la relation aux *pairs*, ainsi que les problèmes *psychologiques*, les adolescents du groupe Non Clinique expriment certaines difficultés.

4.4. Qualité des liens sociaux et consommation de cannabis.

L'hypothèse H 1 postule qu'il existe des corrélations entre les 4 scores mesurant les *liens sociaux* ainsi qu'entre chacun de ces scores et le score des problèmes *psychologiques*.

L'analyse de corrélations effectuée sur l'ensemble de la population, groupes Clinique et Non Clinique confondus, montre que toutes les variables ont des corrélations significatives entre elles. De plus, nous constatons que la consommation de *cannabis* entretient des relations fortes avec toutes les variables.

Tableau 27 : corrélations entre les scores de *liens sociaux* et la gravité de la consommation de *cannabis* pour l'ensemble de la population (groupe C et groupe NC) (N = 110).

	Cannabis	Famille	Pairs	Ecole	Loi
Famille	.644**				
Pairs	.695**	.630**			
Ecole	.595**	.742**	.641**		
Loi	.570**	.429**	.499**	.558**	
Psy.	.590**	.704**	.640**	.641**	.428**

** $p < .001$

Dans le but d'obtenir des informations plus précises quant à ces relations, des analyses pour chacun des groupes séparés ont été effectuées.

Tableau 28 : Corrélations des scores de gravité de *cannabis* et liens sociaux pour les groupes C et NC séparément (Corrélations de Pearson).

Groupe C (N = 50)					
	Cannabis	Famille	Pairs	Ecole	Loi
Famille	.204				
Pairs	.401**	.172			
École	.117	.179	.228		
Loi	.424**	-.054	.258	.196	
Psy.	.251	.335*	.213	.059	.062

Groupe NC (N = 60)					
	Cannabis	Famille	Pairs	Ecole	Loi
Famille	.546**				
Pairs	.694**	.534**			
École	.304*	.466**	.395**		
Loi	.199	.306*	.269*	.294*	
Psy.	.401**	.508**	.621**	.338**	.239

** $p < .001$; * $p < .050$

Les corrélations significatives entre la gravité de la consommation de *cannabis* et les quatre scores de *liens sociaux* sont plus nombreuses dans le groupe Non Clinique que dans le groupe Clinique. En effet, pour le groupe d'adolescents en rupture, la consommation de *cannabis* ne corrèle significativement qu'avec le score de *pairs* et de *loi*. Par contre, pour le groupe d'adolescents scolarisés, les corrélations sont significatives avec toutes les variables, sauf *loi*. La variable *pairs* reste la seule à avoir une corrélation forte et significative avec la gravité de la consommation de *cannabis* dans les deux groupes.

Afin de répondre à l'hypothèse H 2 qui postule une influence des *liens sociaux* et des problèmes *psychologiques* sur la gravité de la consommation de *cannabis*, nous avons réalisé des analyses de régression linéaire. Dans un premier temps et une analyse de régression incluant simultanément les quatre mesures a été réalisée pour l'ensemble des sujets (groupe Clinique et groupe Non Clinique) en tenant compte des possibles effets d'interactions entre

chaque variable et le facteur « *groupe* » (le fait d'appartenir au groupe Clinique ou Non Clinique). L'équation de régression explique dans ce cas 59 % de la variance. Néanmoins, le seul prédicteur significatif en tant qu'effet principal est le score de gravité du domaine *pairs* ($\beta = 1.052, p = .003$). De même, la seule interaction avec le facteur « *groupe* » est celle avec la même variable : « *groupe * pairs* » ($\beta = -.894, p = .049$). Les autres prédicteurs s'avèrent non significatifs (*famille* : $\beta = -.339, p = .312$; *groupe*famille* : $\beta = -.120, p = .809$; *école* : $\beta = -.049, p = .900$; *groupe*école* : $\beta = -.013, p = .981$; *loi* : $\beta = -.394, p = .414$; *groupe*loi* : $\beta = .736, p = .170$; *psy* : $\beta = -.408, p = .194$; *groupe*psy* : $\beta = .678, p = .132$). L'âge des sujets a été inclue dans l'équation dans le but de contrôler son influence. Elle est significative ($\beta = .147, p = .025$) et ne modifie pas les coefficients des autres variables.

Ces données mettent en évidence la valeur prédictive du domaine *pairs*.

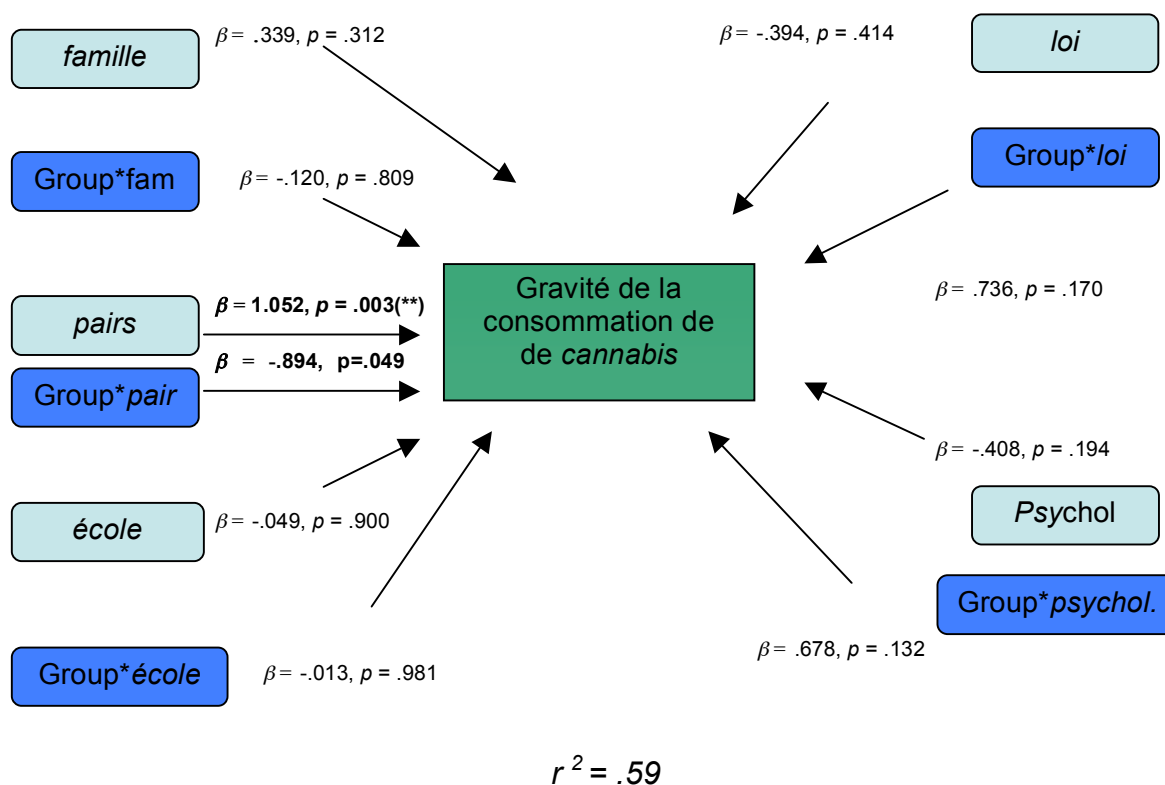


Figure 28 : Régression pour les deux groupes C et NC rassemblés (N= 110).

Dans un deuxième temps, une série d'analyses de régression a été réalisée pour chaque groupe séparément : quatre équations de régression ont été effectuées pour tester chacun des quatre *liens sociaux*. Nous avons ajouté une cinquième équation de régression pour évaluer l'impact du domaine *psychologique*.

En ce qui concerne le groupe Clinique et en reproduisant les résultats des corrélations, seuls les scores des domaines *pairs* ($\beta = .401, p = .001$) et *loi* ($\beta = .424, p = .002$) prédisent significativement la consommation de *cannabis*. Les équations de régression ne sont pas significatives pour les scores de *famille* ($\beta = .204, p = .156$) et *école* ($\beta = .117, p = .419$). Enfin, le domaine *psychologique* ne semble pas non plus jouer un rôle déterminant sur la gravité de la consommation de *cannabis* ($\beta = .251, p = .079$).

Pour le groupe Non Clinique, les équations de régression montrent que les domaines *famille* ($\beta = .546, p = .001$), *pairs* ($\beta = .694, p = .001$) et *école* ($\beta = .304, p = .018$) prédisent de manière significative la consommation de *cannabis*. En revanche, le domaine *loi* ($\beta = .199, p = .115$) ne semble pas avoir une incidence. Enfin, le domaine *psychologique* ($\beta = .401, p = .001$) semble avoir un rôle plus important pour le groupe d'adolescents scolarisés en tant que prédicteur de la gravité de la consommation de *cannabis*.

Afin de s'assurer que la capacité prédictive des différents domaines ne relève pas de parts de variance communes, nous avons réalisé, aussi pour chaque groupe (groupe Clinique et groupe Non Clinique) une analyse de régression incluant simultanément les quatre mesures plus le domaine *psychologique*.

Pour le groupe Clinique, l'équation explique 24 % de la variance et le poids des prédicteurs sont les suivants: les domaines *pairs* ($\beta = .321, p = .019$) et *loi* ($\beta = .323, p = .016$) sont significatifs. Les domaines *famille* ($\beta = .134, p = .317$) et *école* ($\beta = -.019, p = .881$) sont, quant à eux, non significatifs.

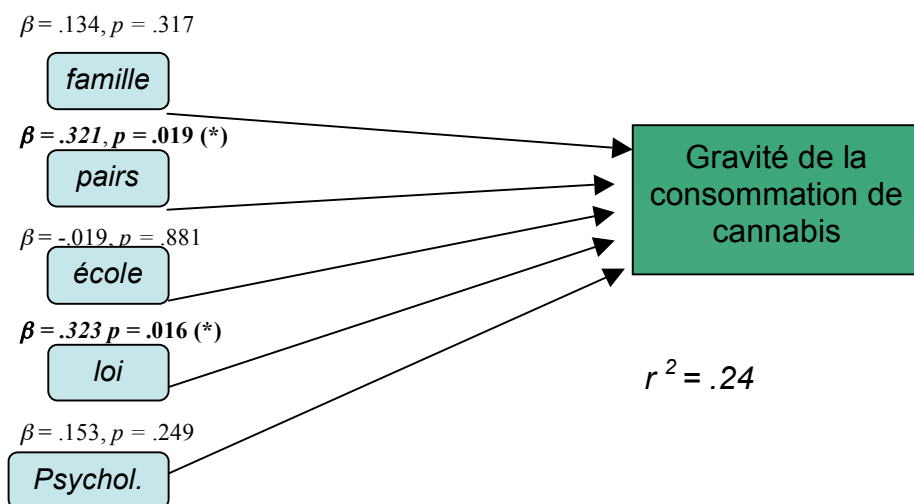


Figure 29 : Régression, groupe C (N= 50).

Pour le groupe Non Clinique, l'équation explique 49 % de la variance. Dans ce cas, seuls les scores *famille* ($\beta = .294, p = .018$) et *pairs* ($\beta = .635, p = .001$) conservent leur significativité. Le score *école* ($\beta = -0.035, p = .745$) la perd. Le rajout du score *psychologique* aux équations, tant dans le groupe Clinique comme dans le groupe Non Clinique, n'apporte aucune amélioration.

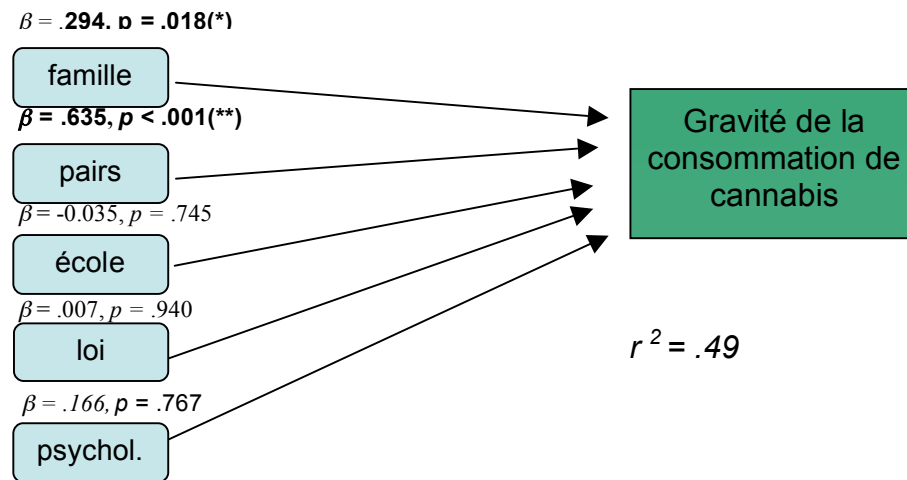


Figure 30 : Régression, groupe NC (N= 60)

Résumé

- Les résultats montrent que la consommation de *cannabis* est en relation avec les différentes variables mesurant la qualité des *liens sociaux*. Ces relations sont plus ou moins importantes selon les groupes. Il est important de signaler également que toutes les variables mesurant la qualité des *liens sociaux* entretiennent des relations entre elles.
- Les analyses plus approfondies montrent que la consommation problématique de *cannabis* est liée de manière privilégiée à la qualité des relations avec les *pairs*, ceci dans les deux groupes.
- Les domaines *famille* et *école*, contrairement à nos attentes, ne semblent pas avoir un rôle primordial. Le score de *loi* reste un prédicteur important seulement pour les adolescents du groupe Clinique.
- En ce qui concerne la gravité des problèmes *psychologiques*, nous observons que cette variable ne se comporte pas comme un prédicteur fiable de la consommation de *cannabis*.

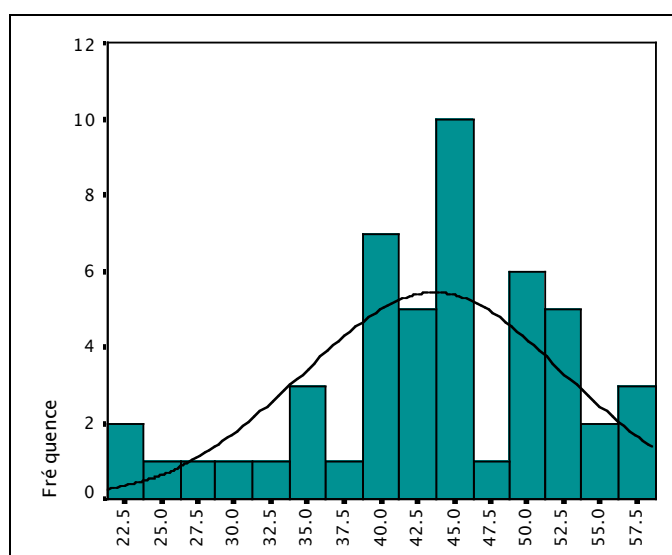
4.5. Modèles internes d'attachement, liens sociaux et consommation de cannabis

Avant de présenter les résultats des analyses, nous présentons les données descriptives concernant l'évaluation des modèles internes d'attachement (CaMir). Parmi les 50 sujets du groupe clinique, 49 ont été évalués avec cet instrument⁴⁰.

Mesure dimensionnelle de l'attachement

Le CaMir permet d'évaluer pour chaque sujet trois indices de « stratégies relationnelles » en lien avec les modèles internes d'attachement : un premier indice de sécurité (attachement *séure*), un deuxième de détachement (attachement *inséure détaché*) et un troisième indice de préoccupation (attachement *inséure préoccupé*). Il s'agit de trois coefficients de corrélation (scores « T ») exprimant le degré de ressemblance du sujet à chacun des prototypes⁴¹. Ces coefficients de corrélations sont utilisés comme une mesure dimensionnelle de ces trois modèles internes d'attachement.

- Pour la mesure « attachement *séure* », les valeurs varient entre 22 et 58.6 et la moyenne se situe en 43.63 (SD = 8.95)



⁴⁰ Il a été impossible de compléter l'évaluation avec un adolescent pour raisons de déménagement.

⁴¹ cf. Chapitre Méthode, présentation des instruments.

Figure 31 : Distribution des scores pour l'indice du modèle d'attachement *séure* (N = 49).

- Pour la mesure « attachement *inséure détaché* », les valeurs varient entre 31.30 et 77.40 et la moyenne se situe à 53.33 (SD = 9.4)

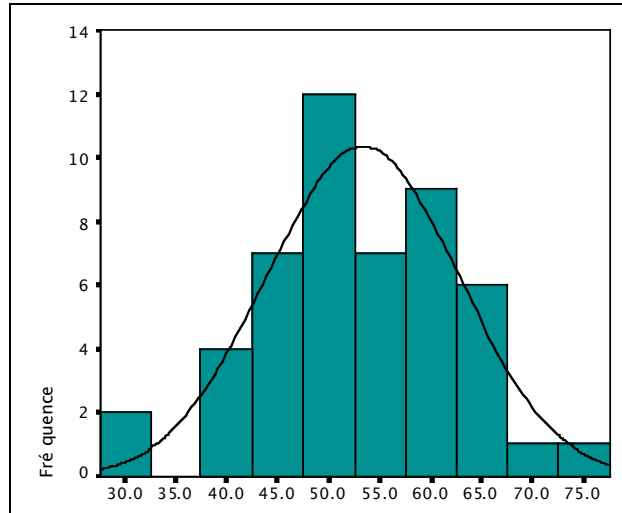


Figure 32 : Distribution des scores pour l'indice du modèle d'attachement *inséure détaché* (N = 49).

- Pour la mesure « *inséure préoccupé* » les valeurs varient entre 34.7 et 73.7 et la moyenne se situe à 52.97 (SD = 10.54).

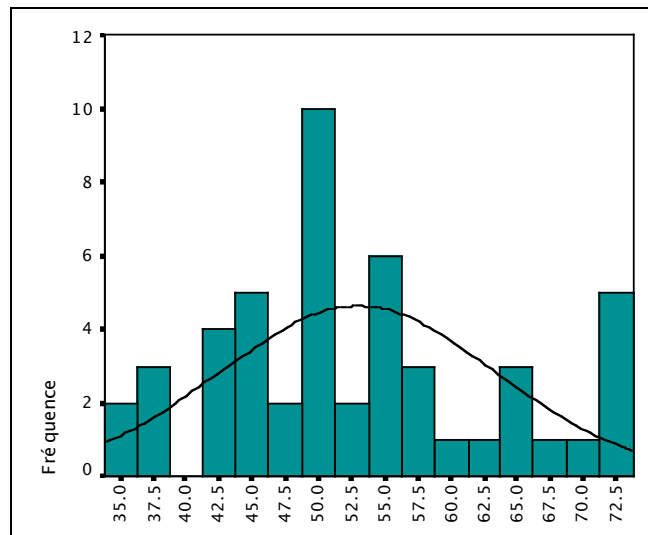


Figure 33 : Distribution des scores pour l'indice du modèle d'attachement *inséure préoccupé* N = 49

Catégories d'attachement

Pour obtenir des catégories exprimant des types de « *modèle internes d'attachement* », l'évaluateur choisit, par inspection visuelle, le score le plus élevé parmi les trois indices.

Exemple : Le sujet 5 obtient pour la dimension « *Sécure* » la valeur de 38.5 ; pour la dimension « *insécure détaché* » la valeur de 67.1 ; et pour la dimension « *insécure préoccupé* » la valeur de 49.1. La catégorie retenue pour ce sujet sera « *insécure détaché* ».

L'analyse descriptive des données du groupe clinique fait apparaître que moins d'un tiers des adolescents ont un *modèle interne d'attachement* de type *sécure* (22.4 %). Le reste des adolescents du groupe Clinique (77.6 %) a un *modèle interne d'attachement* de type *insécure* (44.9 % de type *détaché* et 32.7 % de type *préoccupé*).

Le Tableau 29 présente la distribution des sujets du groupe Clinique selon les trois catégories des *modèles internes d'attachement* MIA.

Tableau 29 : Distribution des modèles internes d'attachement

<i>MIA</i>	N	%
<i>sécure</i>	11	(23%)
<i>détaché</i>	22	(45 %)
<i>préoccupé</i>	16	(32 %)
Total	49	

La distribution de trois catégories de *modèles interne d'attachement* ressemble à celle des études sur des populations cliniques, mais si on la compare avec les études réalisées sur des populations de sujets tout-venants, on observe que les sujets ayant un modèle de type *insécure* représentent le double dans le groupe clinique du Centre⁴² (cf. Figure 34).

⁴² La distribution des trois catégories pour la population de sujets tout-venants varie entre 60 % et 70 % pour les sujets ayant un modèle *sécure*, entre 20 % et 30 % ayant un modèle *insécure détaché* et entre 10 % et 15 % ayant un modèle *insécure préoccupé* (Lee & Bell, 2003).

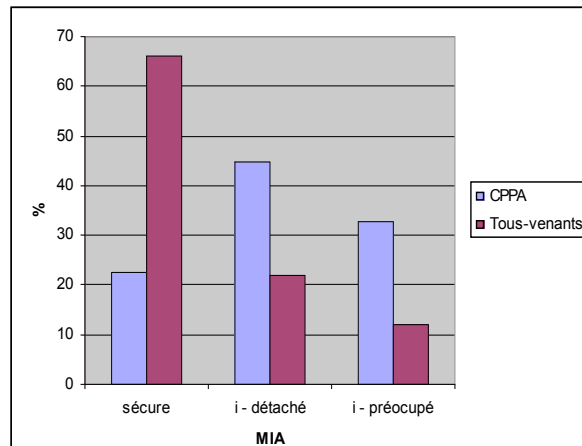


Figure 34 : Distribution des modèles internes d'attachement dans la population clinique (N = 49) et les populations tout-venants (Lee & Bell, 2003).

4.6. Relation entre la qualité des liens sociaux et les modèles internes d'attachement

L'hypothèse H3 postule un lien entre la qualité des *liens sociaux* et les *modèles internes d'attachement*. Nous avons commencé par réaliser des analyses en utilisant les catégories (*sécuritaire, insécure détaché, insécure préoccupé*).

Afin de tester le lien entre la gravité des problèmes de chaque domaine des *liens sociaux* (*famille, pairs, école* et la relation à la *loi*) et le *modèle interne d'attachement*, nous avons réalisé une analyse de comparaison des moyennes. Cette analyse indique qu'il existe des différences significatives entre les groupes de sujets (*sécuritaires, insécures détachés* et *insécures préoccupés*) pour les domaines : *école* ($F(1/48) = 3.944, p = .026$), *famille* ($F(1/48) = 4.282, p = .020$), pour *loi* ($F(1/48) = 3.295, p = .046$) et *psychologique* ($F(1/48) = 6.378, p = .004$). Les trois groupes ne montrent pas de différences significatives par rapport au domaine *pairs* ($F(1/48) = 1.748, p = .185$).

L'analyse de comparaison de moyennes (selon deux modalités : *sécuritaire / insécure*)⁴³ est également significative pour les scores de *famille* ($F(1/48) = 17.40, p = .005$), *école* ($F(1/48) = 8.40, p = .051$) et *loi* ($F(1/48) = 25.94, p = .056$). De même que pour l'analyse à trois

⁴³ Les mêmes analyses réalisées avec les trois styles d'attachement (*sécuritaire, détaché, préoccupé*) ne laissent apparaître aucun effet. En réalité, nous pensons que l'absence d'effet résulte de la ressemblance du résultat concernant les sous groupes *détachés* et *préoccupés*.

modalités, cette différence n'est pas significative pour la variable *pairs* ($F(1/48) = 9.53, p = .117$).

Étant donné que l'effectif des groupes des sous-catégories *insécure-détaché* et *insécure-préoccupé* est trop faible et que nous arrivons au même type de résultats en les rassemblant dans un même groupe, nous avons décidé de les réunir sous le labe : modèle *insécure*.

Tableau 30 : M et (SD) des quatre liens sociaux pour les adolescents *séures* et *insécure*

	Séure N = 11 M (SD)	Insécure N = 38 M (SD)	F	p
Famille	5.54 (1.96)	6.97 (1.21)	17.40	.005
Pairs	4.36 (2.11)	5.42 (1.88)	9.53	.117
Ecole	6.45 (1.80)	7.44 (1.32)	8.40	.051
Loi	2.54 (2.06)	4.28 (2.73)	25.94	.056

** $p < .001$; * $p < .050$

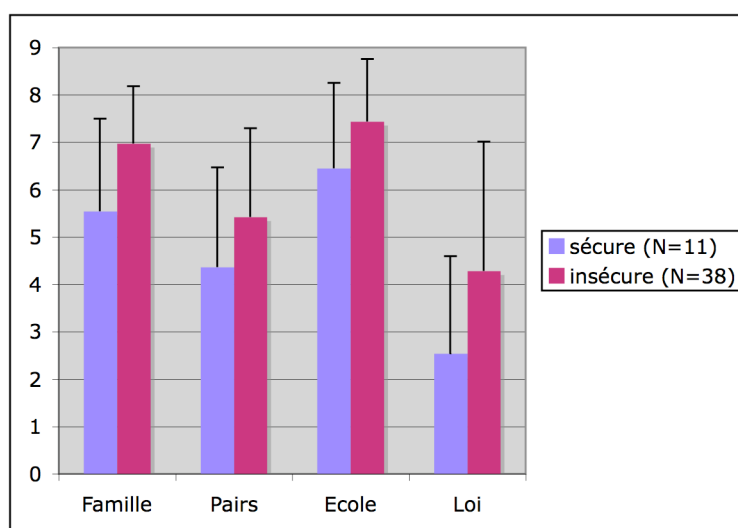


Figure 35 : M et (SD) des quatre liens sociaux pour les adolescents *séure* et *insécure*

Le Tableau 30 confirme l'hypothèse H3 mais dans le but d'étudier la capacité prédictive du *modèle interne d'attachement* sur la qualité des *liens sociaux*, nous avons réalisé des analyses de régression en introduisant comme variable dépendante de chaque équation, chacun des scores de *liens sociaux* (*famille, pairs, école et loi*) et comme variables indépendantes (prédicteurs) les mesures dimensionnelles des deux types de *modèles internes d'attachement* : *séure et insécure*.

En ce qui concerne la *famille*, l'équation explique 16 % de la variance et se montre significative pour le score *séure* ($\beta = -.481, p = .025$) et non significative pour *inséure* ($\beta = -.046, p = .824$).

Pour la variable *pairs*, l'équation explique 4 % de la variance et se montre significative pour le score *inséure* ($\beta = .456, p = .045$) et non significative pour *séure* ($\beta = .354, p = .116$).

L'équation de la variable *école* explique 9 % de la variance et se montre significative pour le score *séure* ($\beta = -.432, p = .051$) et non significative pour *inséure* ($\beta = -.109, p = .618$).

Quant à la variable *loi*, l'équation n'explique que 0.8 % de la variance et se montre non significative pour *inséure* ($\beta = .279, p = .824$) et *séure* ($\beta = .167, p = .466$).

4.7. Consommation de cannabis et modèle interne d'attachement

Afin de vérifier l'hypothèse H4 postulant une relation entre les *modèles internes d'attachement* et la consommation de *cannabis*, nous avons d'abord réalisé une analyse de comparaison des moyennes.

Tableau 31 : Descriptif des moyennes du score de gravité de *cannabis* pour les sujets *séures* et *inséures* (N = 49).

	Séure N = 11 M (SD)	Inséure N = 38 M (SD)	F	p
Cannabis	3.90 (3.17)	5.81 (3.09)	3.20	.080

L'analyse montre que la différence entre les moyennes de la consommation de *cannabis* des sujets *séures* et *inséures* n'est pas significative, mais tendancielle ($F(1) = 3.20, p = .080$).

Nous avons ensuite réalisé une analyse de régression en introduisant le score de consommation de *cannabis* comme variable dépendante et les deux *modèles internes d'attachement* (*séure* et *inséure*) comme variables indépendantes. L'équation explique seulement 6 % de la variance. Le score d'attachement *inséure* s'avère significatif ($\beta = .467, p = .038$), tandis que le score *séure* ne l'est pas ($\beta = .227, p = .304$).

4.8. Le modèle interne d'attachement comme modérateurs de la relation entre les liens sociaux et la consommation de cannabis

L'hypothèse H5 postule l'existence d'un lien de modération du *modèle interne d'attachement* dans la relation entre la qualité des *liens sociaux* et la consommation de *cannabis*. Exprimé en d'autres termes, l'indice de *sécurité* (mesuré par le CaMir) devrait avoir un effet « buffer » sur la relation entre les *liens sociaux* et la consommation de *cannabis*.

Afin de tester cette hypothèse nous avons effectué des analyses selon la technique de Baron & Kenny (1986). Pour tester la capacité de modération d'une variable « C » sur la relation entre une variable « A » et une autre « B », il faut effectuer une équation de régression. La variable dépendante sera « B », les prédicteurs seront trois : « A », « C » et l'interaction entre les deux « A*C ». Si le prédicteur « A*C » s'avère significatif, on pourra alors parler d'un effet modérateur de « B » dans la relation entre « A » et « B ».

Nous avons testé l'effet modérateur de l'indice de sécurité (*sécure*) sur les quatre variables des *liens sociaux* en quatre équations: *famille*, *pairs*, *école* et relation à la *loi*.

La première équation inclut le prédicteur *famille*, le prédicteur *sécure* et le produit de l'interaction entre les deux : *famille*sécure*. Cette équation n'explique que le 6 % de la variance et n'est significatif pour aucun des prédicteurs : *famille* ($\beta = -.526, p = .565$) ; *sécure* ($\beta = -.652, p = .400$), *famille*sécure* ($\beta = .717, p = .422$).

La deuxième équation inclut le prédicteur *pairs*, le prédicteur *sécure* et le produit de l'interaction entre les deux : *pairs*sécure*. Cette équation explique 22 % de la variance et est significative pour le prédicteur *pairs* ($\beta = .845, p = .017$) mais n'est pas pour le prédicteur *sécure* ($\beta = .257, p = .342$) ni pour l'interaction des deux prédicteurs *pairs*sécure* ($\beta = -.952, p = .103$) (cf. Figure 36).

La troisième équation inclut le prédicteur *école*, le prédicteur *sécure* et le produit de l'interaction entre les deux : *école*sécure*. Cette équation n'explique que le 3 % de la variance et n'est significative pour aucun des prédicteurs : *école* ($\beta = -.280, p = .772$) ; *sécure* ($\beta = -.499, p = .615$), *famille*sécure* ($\beta = .462, p = .678$).

La quatrième équation inclut le prédicteur *loi*, le prédicteur *sécure* et le produit de l'interaction entre les deux : *loi*sécure*. Cette équation explique 13 % de la variance mais elle

n'est significative pour aucun des prédicteurs : *loi* ($\beta = .297, p = .694$) ; *séure* ($\beta = -.141, p = .545$), *loi*séure* ($\beta = .112, p = .884$).

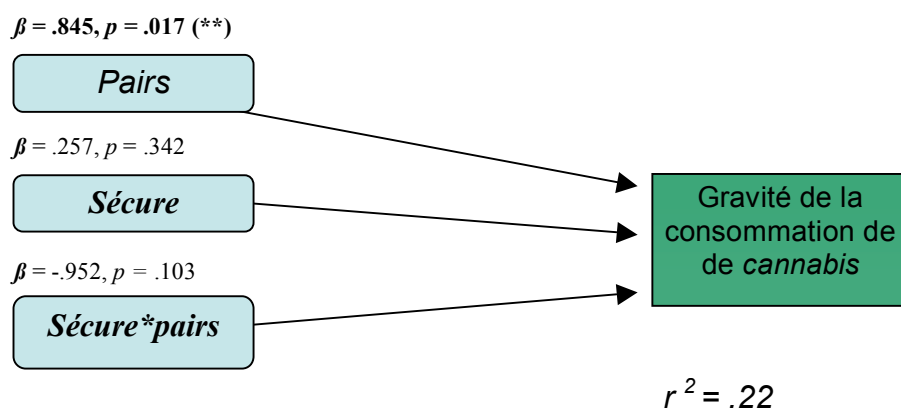


Figure 36 : Modération de la variable *séure* dans le lien entre *pairs* et *cannabis* (N = 49).

Bien que la variable *pairs* se comporte comme un prédicteur important de la consommation de *cannabis*, le produit de l'interaction entre cette variable (*pairs*) et l'indice de *sécurité* n'est pas significatif.

Résumé

- Les analyses de comparaison de moyennes entre les sujets *séures* et *inséures* montrent que le seul domaine où les moyennes des groupes ne se différencient pas est celui du domaine *pairs*.
- Les analyses de régression, quant à elles, ne nous permettent pas d'infirmer ou de confirmer l'hypothèse pour l'ensemble des liens sociaux. En effet, pour chaque domaine, elles indiquent une significativité soit pour le modèle *séure*, soit pour le modèle *inséure*. Néanmoins, il est intéressant de noter que le modèle *inséure* entretient un lien significatif uniquement avec le domaine *pairs*.
- En ce qui concerne la relation entre les *liens sociaux* et la consommation de *cannabis*, seul le domaine évaluant la problématique avec le groupe de *pairs* présente un lien significatif.
- Par rapport à la relation entre les *modèles internes d'attachement* et les *liens sociaux*, nous arrivons à la conclusion que le modèle *inséure* est un bon prédicteur, seulement en ce qui concerne les relations aux *pairs*.
- Par rapport à la relation entre le type de *modèles internes d'attachement* et la consommation de *cannabis*, les résultats sont moins clairs. Nous pouvons

toutefois conclure qu'il existe un lien entre le modèle *insécure* et la consommation de *cannabis*, même si celui-ci est faible

- Le *modèle interne d'attachement* n'as pas un rôle modérateur dans la relation entre *liens sociaux* et *consommation de cannabis*

4.9. Examen des hypothèses de l'Etude II

L'hypothèse H1 postule une corrélation entre les 4 variables des *liens sociaux* ainsi qu'entre celles-ci et les problèmes *psychologiques*. Cette hypothèse est largement confirmée. En effet, l'examen des corrélations réalisées auprès de l'ensemble de la population (cf. Tableau 27) montre que toutes les variables corrélent de manière significatives entre elles. Cependant une analyse détaillée pour chaque groupe (Clinique et Non Clinique) nous permet d'observer quelques différences. En effet, ces corrélations sont plus importantes et plus nombreuses dans le groupe Non Clinique que dans le groupe Clinique.

L'hypothèse H2 postule une influence des *liens sociaux* et des problèmes *psychologiques* sur la gravité de la consommation de *cannabis*. Cette hypothèse est confirmée pour certains des prédicteurs et pas pour d'autres. En effet, le prédicteur *pairs* s'avère significatif dans toutes les équations de régression (ensemble de la population et groupes séparés) ; le prédicteur *famille* s'avère significatif pour le groupe Non Clinique et le prédicteur *loi* pour le groupe Clinique. En ce qui concerne l'analyse des régressions pour l'ensemble de la population, les autres prédicteurs ne sont pas significatifs mais ils entretiennent des liens avec la gravité de la consommation de *cannabis* (cf. coefficients β , Figure 28) et le pourcentage de la variance expliquée de l'équation est ($r^2 = .59$).

L'hypothèse H3 postule une relation entre les *liens sociaux* et le *modèle interne d'attachement*. Les analyses de comparaison de moyennes révèlent des différences entre les sujets ayant un modèle *sécure* et ceux ayant un modèle *insécure*. Les analyses de régression montrent quant à elles qu'il existe des relations entre les *liens sociaux* et les *modèles internes d'attachement*. En effet, le modèle *sécure* est lié significativement à un score bas dans les 4 domaines évalués (*famille, pairs, école, loi*). Cependant les variances explicatives des équations de régression sont trop faibles et ne permettent pas d'interpréter ces résultats en termes de prédictions.

L'hypothèse H4 postule une relation entre la gravité de la consommation de *cannabis* et le modèle interne d'attachement de type *insécore*. Les analyses de comparaison des moyennes montrent une différence tendancielle entre les sujets ayant un modèle *sécore* et les sujets ayant un modèle *insécore*. Parallèlement, les analyses de régression montrent une capacité prédictive du modèle insécore sur la consommation de *cannabis*, mais le pourcentage de la variance expliqué dans cette équation est faible. Bien que nous observions qu'il existe une relation entre la gravité de la consommation de *cannabis* et le *modèle interne d'attachement* de type *sécore*, nous ne sommes donc pas en mesure de pouvoir confirmer cette hypothèse.

L'hypothèse H5 postule l'existence d'un effet modérateur du *modèle interne d'attachement* sur la relation existante entre les liens sociaux et la gravité de la consommation de *cannabis*. Les analyses effectuées montrent que le *modèle interne d'attachement* ne modère pas la relation entre les *liens sociaux* et la consommation de *cannabis*. En effet, les interactions entre chaque mesure de *liens sociaux* et la consommation de *cannabis* (incluses comme prédicteurs dans l'équation) s'avèrent tous non significatifs. Nos résultats infirment donc cette hypothèse.

5. Discussion

L'objectif de l'Etude II était d'évaluer l'influence du contexte social dans lequel les adolescents se développent sur la gravité de la consommation de *cannabis*. Nos hypothèses postulent que les relations avec la *famille*, les *pairs*, *l'école* et la *loi* ont une influence sur la gravité de la consommation de *cannabis*. Les analyses réalisées auprès des sujets des groupes Clinique et Non Clinique, ont permis de confirmer ce qui est décrit dans la littérature, à savoir que les conflits au sein de la *famille*, avec les *pairs*, avec *l'école* et avec la *loi*, constituent des facteurs de risque de la *rupture scolaire* ainsi que de la consommation de *cannabis*, voire de la dépendance. Au-delà de cette confirmation, nous avons appris que la qualité des liens que l'adolescent entretient avec son entourage est en relation avec la gravité de la consommation de *cannabis*. Celle-ci est en effet plus grave quand les adolescents sont en *rupture scolaire* et entretiennent des relations problématiques avec la *famille* et les *pairs*, ainsi qu'avec la justice (*loi*). La consommation de *cannabis* est moins grave ou inexistante quand la qualité de ces liens est satisfaisante.

Les relations entre les différentes variables du contexte social, les problèmes avec la justice et les problèmes psychologiques sont toutes significatives. Ce constat confirme l'idée avancée dans la littérature selon laquelle il existe une influence réciproque entre les différents domaines de la vie de l'adolescent. Les problèmes au sein de la *famille* influencent la vie sociale et scolaire et la rupture scolaire influence la qualité des liens familiaux. Tout ceci participe à une dégradation du contexte social de l'adolescent dans son ensemble, ce qui confirme l'idée selon laquelle une approche multifactorielle est indispensable à la compréhension des phénomènes de *rupture scolaire* et de consommation de *cannabis*. Concernant les *modèles internes d'attachement*, nos résultats montrent que ceux-ci n'entretiennent pas de relation directe avec la gravité de la consommation de *cannabis*.

Nous passons en revue tout d'abord, les principaux résultats concernant les *liens sociaux* pour présenter ensuite les analyses réalisées pour confirmer ou infirmer les hypothèses.

Consommation de cannabis

Les analyses descriptives montrent que les sujets en situation de rupture de *liens sociaux* (groupe Clinique) consomment davantage de *cannabis* que les adolescents scolarisés (groupe

Non Clinique). Ces données confirment les résultats de l'Etude I : la rupture scolaire, accompagnée d'une dégradation des *liens sociaux*, constitue un terrain sur lequel la consommation de *cannabis* est hautement présente. Différents auteurs signalent en effet divers éléments du contexte social et développemental comme des facteurs de risque de la consommation de *cannabis* (Hüsler *et al.*, 2005 ; Braconnier & Marcelli, 1998 ; Kuntsche & Rainer, 2004). Nous constatons également que la consommation des sujets du groupe Non Clinique est proche de celle signalée par les études épidémiologiques réalisées auprès d'adolescents tout-venants suisses (ISPA, 2005). Alors que la consommation de *cannabis* des adolescents du groupe Clinique est très importante, celle de la population du groupe Non Clinique est représentative de la population générale.

De même, le score moyen mesurant la gravité de la consommation de *cannabis* est significativement plus élevé pour le groupe d'adolescents déscolarisés. Quelques sujets extrêmes (ayant un score de gravité élevé avec une dépendance au *cannabis*) ont été identifiés dans le groupe Non Clinique. Ces sujets n'ont pas été exclus des analyses, étant donné que nous avons privilégié des calculs de corrélation et de régression et que leur statut de valeur extrême n'influençait pas significativement les résultats. D'autre part, bien qu'ils ne soient pas en situation de rupture scolaire, ces sujets étaient concernés par des problèmes psychologiques de la même manière que les sujets dépendants du groupe Clinique. Ceci nous a conduit dans un deuxième temps, et pour les analyses de l'Etude III, à construire deux nouveaux groupes : sujets Dépendants et sujets Non Dépendants⁴⁴.

Consommation d'autres substances psychoactives

De nombreux chercheurs ont mis en lien la consommation de *cannabis* avec la consommation d'autres substances psychoactives (Kandel & Fust, 1975, 2006 ; Macleod *et al.*, 2004). Cependant, dans notre étude les résultats révèlent une consommation relativement faible d'autres substances, hormis celle d'alcool. La consommation de drogues dites « dures » est rare chez les adolescents du groupe Clinique comme chez ceux du Groupe non Clinique. Par contre, les sujets du groupe Clinique ont une consommation d'alcool significativement supérieure à celle des sujets du groupe Non Clinique. Concernant la fréquence de cette

⁴⁴ Cette nouvelle division des sujets est expliquée dans l'étude III

consommation, les sujets du groupe Clinique sont plus nombreux à consommer de manière régulière (de 2 à 5 fois par semaine). En revanche, les sujets du groupe Non Clinique sont plus nombreux à consommer de l'alcool de manière sporadique (de 1 à 4 fois par mois) et de préférence les week-ends. La consommation simultanée de *cannabis* et d'alcool concerne 33 % des adolescents du groupe Clinique et seulement 8 % des adolescents du groupe Non Clinique. Ceci confirme les affirmations de certains auteurs selon lesquels la combinaison de ces deux substances serait liée à des problèmes affectant plusieurs domaines de la vie de l'adolescent. Malgré le fait qu'un tiers de la population du groupe Clinique combine ces substances, la consommation de *cannabis* reste la plus importante et mérite d'être étudiée séparément de la consommation d'autres substances.

L'idée avancée par différents auteurs (Kandel & Fust, 1975 ; Kandel *et al.*, 2006 ; Macleod *et al.*, 2004) selon laquelle la consommation de *cannabis* constituerait une porte d'entrée vers la consommation d'autres substances psychoactives n'est pas confirmée par nos résultats. Dans les deux populations étudiées, aucun adolescent consommant du *cannabis* à très hautes doses et depuis plusieurs années, ne présente une consommation de substances dites « dures » ou une problématique cumulant la consommation de plusieurs substances psychoactives.

Liens sociaux

Les résultats concernant l'influence des *liens sociaux* sur la gravité de la consommation de *cannabis* montre que celle-ci existe mais que son évaluation est complexe. Nous abordons dans un premier temps les résultats descriptifs des différents domaines du contexte social pour dans un deuxième temps nous intéresser à l'influence de ceux-ci sur la gravité de la consommation de *cannabis*.

La comparaison des deux groupes (Clinique et Non Clinique) montre que les moyennes des scores mesurant les problèmes dans différents domaines de la vie des adolescents, diffèrent tous de manière significative. Les sujets du groupe Clinique présentent des problèmes plus graves que ceux du groupe Non Clinique dans tous les domaines aussi bien en ce qui concerne les *liens sociaux*, les comportements délinquants, les troubles psychologiques que la consommation de *cannabis*. Cependant, il convient de ne pas négliger pour autant l'existence de difficultés chez les sujets du groupe Non Clinique. Les différences entre les deux groupes sont abordées ci-dessous.

Famille

Les différences entre les deux groupes en ce qui concerne les liens familiaux sont significatives mais les résultats montrent que les sujets du groupe Non Clinique sont aussi concernés que les adolescents du groupe Clinique par des conflits familiaux, par une communication difficile avec leur parents ainsi que par des inquiétudes pour leur situation familiale (cf. Tableau 7). Ceci est une confirmation des idées avancées par différents auteurs sur l'importance des liens familiaux pendant la période de l'adolescence. En effet, les tâches développementales de cette période comportent entre autres un processus de séparation d'avec la *famille*, tout en conservant des relations stables, tâches qui s'avèrent difficiles si les conflits familiaux prennent trop de place ou si le noyau familial est éclaté (Shek, 2002 ; Hüsler *et al.*, 2005 ; Kuntsche & Rainer, 2004).

Ecole et pairs

En relation à la vie *scolaire*, la plupart des différences entre les deux groupes sont significatives, ce qui ne surprend guère étant donné que les sujets du groupe Clinique se caractérisent par leur problématique de rupture scolaire ou de formation professionnelle. Néanmoins, il semble intéressant de relever que 40 % des adolescents du groupe Non Clinique considèrent le niveau exigé trop difficile, 38 % ont déjà rencontré un problème avec un professeur et 30 % rencontrent des difficultés d'apprentissage. De plus, 52 % d'entre eux se sentent inquiets concernant les difficultés scolaires et 54 % disent avoir besoin d'aide pour les affronter. Nous retrouvons dans ces résultats une confirmation du défi développemental que représente la vie scolaire dans le cadre du développement « normal » d'un adolescent (Seiffge-Krenke, 1993).

En ce qui concerne les relations au groupe de *pairs*, bien que l'on puisse conclure que les sujets du groupe Clinique éprouvent davantage de problèmes, il convient de ne pas négliger certaines difficultés et un besoin d'aide ressentis par les adolescents du groupe Non Clinique (cf. Tableau 23). Tel que cela est développé dans la littérature (Schmidt, 2001 ; Baumann & Enett, 1994), le groupe de *pairs* peut avoir une influence négative aussi bien qu'une influence positive sur le développement de l'adolescent et son attitude face à la consommation de

cannabis. L'interprétation des données montre que les sujets du groupe Clinique, qui consomment davantage, ont des amis consommateurs et que ceux-ci sont souvent impliqués dans des comportements déviants. Parallèlement, si l'on se réfère à la satisfaction éprouvée en relation aux amis proches, nous constatons que les adolescents du groupe Non Clinique se sentent plus satisfaits. Concernant les relations intimes, il existe peu de différences entre les deux groupes, hormis le fait que les sujets du groupe Clinique affirment avoir davantage de relations sexuelles.

L'auto-évaluation des sujets montre que les adolescents du groupe Clinique expriment plus d'inquiétude et de besoin d'aide que ceux du groupe Non Clinique. Ces résultats nous ont interpellé, étant donné que les adolescents de la population en rupture de *liens sociaux* ont été précédemment décrits comme ayant une difficulté particulière à exprimer un besoin d'aide. Nous pouvons peut-être expliquer ceci par le fait que l'entretien d'évaluation leur a été proposé trois semaines après leur admission, période au cours de laquelle un processus thérapeutique a déjà été entamé.

En ce qui concerne les sujets du groupe Non Clinique, beaucoup d'entre eux expriment des inquiétudes vis-à-vis des relations aux *pairs* et un pourcentage non négligeable considère avoir besoin d'aide. La tâche d'intégration à un groupe de *pairs* (de la même manière que la remise en question des relations familiales), constitue un défi propre à la période de l'adolescence (Schmidt, 2001 ; Baumann & Enett, 1994).

Comportement délinquant et relation à la loi

Pour certains auteurs, la rupture avec la scolarité et la consommation régulière de *cannabis* s'accompagnent d'une dégradation du rapport aux normes sociales et parfois même de graves infractions à la *loi* (Fergusson, 2006 ; Hüsler *et al.*, 2005). Les comportements délinquants sont plus présents chez les sujets du groupe Clinique que chez ceux du groupe Non clinique, mais ils restent plutôt exceptionnels et ne concernent que quelques adolescents pour lesquels la dégradation des *liens sociaux* est particulièrement grave. La rupture avec le système *scolaire* et/ou la consommation régulière de *cannabis* ne constituent donc pas à elles seules, une voie vers des comportements délinquants. Une dégradation plus grave des *liens sociaux*, accompagnée de caractéristiques de la personnalité (par exemple une personnalité de type borderline), doivent également être présents pour déclencher de tels comportements.

L'existence de délits est quasi inexistante chez les sujets du groupe Non Clinique. Parmi ceux du groupe Clinique, elle concerne moins d'un tiers des adolescents. En ce qui concerne les délits commis, il est intéressant de signaler que les sujets du groupe Clinique sont particulièrement impliqués dans la vente de *cannabis*, comportement habituel chez des sujets dépendants à cette substance. Le délit le plus souvent commis par les sujets du groupe Non Clinique est le vol à l'étalage.

Problèmes psychologiques

En relation aux problèmes *psychiques*, bien que sur beaucoup de points les différences entre les deux groupes soient significatives, certaines ne le sont pas révélant la présence de problèmes chez les adolescents du groupe Non Clinique. Contrairement à ce à quoi nous nous attendions, 38 % des sujets du groupe Non Clinique ont vécu un épisode dépressif, 46 % éprouvent de l'anxiété, 30 % rencontrent des problèmes de mémoire et 15 % disent avoir pensé au suicide. Nous constatons également que presque la moitié des adolescents du groupe Non Clinique déclare s'inquiéter pour des problèmes d'ordre émotionnels ou psychologiques et que 30 % d'entre eux considèrent avoir besoin d'aide. Cela nous rend attentifs au fait que les difficultés psychologiques éprouvées à l'adolescence n'aboutissent souvent à aucune demande de consultation et qu'il peut exister une détresse certaine sans que celle-ci s'exprime de manière ouverte.

L'analyse détaillée de chacune de ces dimensions nous indique que même si les adolescents déscolarisés présentent des problématiques plus graves, les adolescents scolarisés (et qui ne formulent pas de demande d'aide), vivent aussi des conflits dans leurs relations, éprouvent certaines insatisfactions, s'inquiètent et considèrent avoir besoin d'aide. Il n'existe donc pas de limite claire entre la pathologie et la santé mentale, entre ce que l'on peut considérer comme clinique et comme non clinique. D'un autre côté, ceci conduit à penser que certains adolescents parviennent à surmonter leurs problèmes relationnels et à faire face aux conflits en développant des ressources propres.

Qualité des liens sociaux et consommation de cannabis

Nos hypothèses postulent un lien entre la qualité des *liens sociaux* et la gravité de la consommation de *cannabis*. Les analyses des corrélations entre les *liens sociaux* et la consommation de *cannabis*, réalisées auprès des deux Groupes réunis, montrent que la gravité de la consommation de *cannabis* entretient des liens significatifs avec tous les domaines du contexte social évalués. La problématique de la dépendance au *cannabis* est donc un phénomène multifactoriel. Dans le but d'évaluer la capacité prédictive de ces variables, des analyses de régression ont été effectuées en tenant compte de l'appartenance des sujets aux groupes Clinique ou non Clinique. Ces analyses révèlent que la relation insatisfaisante et conflictuelle avec les *pairs* est le meilleur prédicteur de la gravité de la consommation de *cannabis*, soit de manière directe soit en interaction avec le facteur « groupe ». Ces résultats confirment l'idée avancée par certains auteurs (D'Welles, 1999 ; Baumann & Enett, 1994) selon laquelle pendant la période de l'adolescence, le groupe de *pairs* prend un rôle fondamental dans la vie et le développement de l'adolescent, dont le comportement et son ajustement sont influencés par la qualité de ses relations .

De nombreux chercheurs signalent les relations familiales comme un des prédicteurs les plus importants de la consommation de substance chez l'adolescent (Hüsler *et al.*, 2005 ; Shek, 2002 ; Ledoux *et al.*, 2002). Cependant, selon nos résultats, la capacité prédictive des relations familiales sur la gravité de la consommation de *cannabis* est faible. La présence de conflits familiaux, ainsi que les mauvaises relations avec les parents et un sentiment d'inquiétude face à cette situation se comportent comme prédicteur pour le groupe Non Clinique, mais ne le sont pas pour le groupe Clinique. Il convient néanmoins de tenir compte de l'influence réciproque des différents domaines de la vie des adolescents, qui permet de penser que les relations familiales peuvent avoir une influence indirecte sur la consommation de cannabis des adolescents.

Modèles internes d'attachement, liens sociaux et consommation de cannabis

La distribution des *modèles internes d'attachement* dans la population Clinique diffère de manière claire de celle des populations tout-venants. En effet, elle s'approche davantage des distributions rencontrées dans les populations cliniques d'autres études, à savoir environ 60 % de modèles insécures. En ce qui concerne la relation entre les *modèles internes d'attachement*

et les *liens sociaux*, plusieurs analyses ont été réalisées. L'analyse de comparaison des moyennes met en évidence le fait que les sujets ayant un modèle interne *sécuré* ont moins de problèmes relatifs aux relations *familiales*, à *l'école*, à la *loi* et aux problèmes *psychologiques*. En relation au groupe de *pairs*, les différences entre les groupes ne sont pas significatives. Ceci peut probablement être expliqué par le fait que tous les adolescents, qu'ils soient *sécurés* ou *insécurés*, se trouvent à un moment de leur développement où les relations aux *pairs* peuvent être une source de préoccupation et de malaise. Nous avons privilégié les analyses utilisant les indices de *sécurité* et *insécurité*, étant donné qu'il s'agit d'échelles continues. L'utilisation de ces indices de *sécurité* et *d'insécurité*, a permis de montrer qu'il existe bien des relations entre les *modèles internes d'attachement* et les problèmes liés au contexte social. L'indice de *sécurité* se comporte comme prédicteur de relations non problématiques avec la *famille*, les *pairs*, *l'école* et la *loi*. Cependant, les variances expliquées par ces équations sont très faibles, ce qui ne nous permet pas de confirmer complètement notre hypothèse. En effet, d'autres facteurs, probablement liés aux caractéristiques individuelles des sujets (ressources internes ou externes), peuvent entrer dans la part de variance non expliquée. L'indice *d'insécurité* ne se comporte pas comme un prédicteur important. La plupart des équations ne sont pas significatives, révélant que cet indice *d'insécurité* n'a pas un poids stable dans l'explication de la qualité des *liens sociaux*.

Par rapport à la relation entre *modèles internes d'attachement* et consommation de *cannabis*, l'analyse de régression montre que plus l'indice *d'insécurité* est élevé, plus le score de gravité de la consommation de *cannabis* sera élevé. À nouveau, le pourcentage de la variance expliquée est très faible (6 %), ce qui nous porte à penser que la part de variance que cette équation n'explique pas concerne d'autres facteurs inconnus, relevant davantage des caractéristiques personnelles des individus. Ces résultats ne nous permettent pas de confirmer notre hypothèse postulant un lien de prédiction des modèles *insécuré* sur la gravité de la consommation de *cannabis*.

Les analyses évaluant la capacité modératrice des *modèles internes d'attachement* sur la relation entre la variable *pairs* et la consommation de *cannabis*, nous ont amené à rejeter cette hypothèse. En effet, l'inclusion de l'interaction entre l'indice de sécurité et la variable *pairs*, n'est pas significative. L'influence de la relation aux *pairs* sur la gravité de la consommation de *cannabis* ne semble pas être modérée par les représentations que l'adolescent se fait de ses premiers liens d'attachement.

Limites

Les analyses montrent que la rupture des *liens sociaux* constitue un phénomène multidimensionnel dans lequel les variables sont imbriquées les unes aux autres. L'existence de problèmes dans l'un des domaines de la vie de l'adolescent implique souvent l'apparition de problèmes dans les autres domaines. Cette constatation nous renseigne sur la nature du phénomène, mais représente également une limite quant aux conclusions que l'on peut tirer de nos analyses. Pour approfondir encore l'évaluation de l'impact de chaque domaine sur la consommation de *cannabis*, il serait nécessaire de mettre en place des dispositifs expérimentaux plus performants pour assurer une évaluation précise de ces liens, tels que des dispositifs à mesure répétée ou des plans expérimentaux de type longitudinal. Par ailleurs, il conviendrait d'assurer un contrôle plus affiné des variables telles que le sexe, l'âge, la classe sociale. Il est également important d'ajouter qu'en ce qui concerne les mesures des différentes dimensions de la vie de l'adolescent ainsi que les mesures de la gravité de la consommation de *cannabis*, il s'agit de mesures effectuées avec le même instrument (ADAD) et que ceci représente une certaine limitation.

Le fait d'avoir une évaluation des *modèles internes d'attachement* seulement pour le groupe Clinique restreint également les possibilités de conclusion. En effet, nous n'avons pas pu réaliser de comparaisons entre les deux groupes (Clinique et Non Clinique). De plus, le nombre restreint d'effectifs pour chaque sous-groupe (*sécuré, insécuré détaché et insécuré préoccupé*) limite la portée de nos interprétations.

CHAPITRE IX

ANXIETE, STRATEGIES DE COPING ET DEPENDANCE AU CANNABIS

- ETUDE III -

1. Problématique et objectif

L'Etude III vise à mieux comprendre l'impact de l'*anxiété* et des *stratégies de coping* sur la *dépendance au cannabis* chez l'adolescent. Les objectifs de l'Etude sont :

- évaluer les degrés *d'anxiété* (*TRAIT* et *ETAT*) des adolescents Dépendants et Non Dépendants au *cannabis*,
- identifier les stratégies de *coping* les plus utilisées par les sujets Dépendants et Non Dépendants au *cannabis*,
- mesurer l'impact de l'*anxiété* sur la dépendance au *cannabis*,
- étudier la relation entre les stratégies de *coping* et la dépendance au *cannabis*.

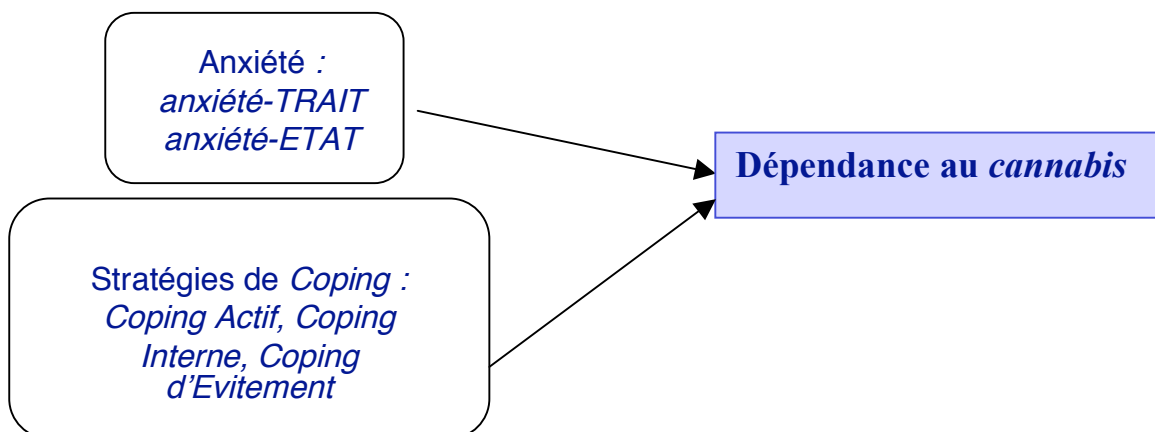


Figure 37 : Problématique de l'Etude III.

2. Hypothèses

H6. L'*anxiété*, en particulier l'*anxiété-TRAIT*, a une influence sur la dépendance au *cannabis* chez les adolescents.

H6 a : Le score *d'anxiété-TRAIT* des consommateurs Dépendants D est plus élevé que celui des Non Dépendants ND (non-consommateurs ou consommateurs récréatifs).

H6 b : Le score *d'anxiété-ETAT* ne discrimine pas les sujets Dépendants D des sujets Non Dépendants ND.

H7. Le type de stratégie de *coping* utilisé par les adolescents, notamment le *coping d'évitement CE*, a une influence sur la dépendance au *cannabis*.

H7 a : Les sujets Dépendants (D) utilisent davantage de stratégies de *coping d'évitement CE* que les sujets Non Dépendants (ND).

H7 b : Les sujets Non Dépendants (ND) utilisent davantage de stratégies de *coping actif CA* et de *coping interne CI* que les Dépendants (D).

3. Méthode

3.1. Population

L'Étude III porte sur les deux groupes d'adolescents : le groupe Clinique C (N = 50) et le groupe Non Clinique NC (N = 60). Les deux groupes ont été présentés dans l'Étude II.

Recrutement des sujets

Le recrutement des sujets de cette étude est le même que celui de l'Étude II.

3.2. Instruments d'évaluation

3.2.1. L'ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis)

Cet instrument a été présenté dans l'Étude II.

3.2.2. Le STAI (State-Trait Anxiety Inventory)

Il s'agit d'un auto-questionnaire construit pour être utilisé avec des lycéens, étudiants et adultes. Le STAI (Spielberger, 1983)⁴⁵ évalue l'anxiété selon deux dimensions ou échelles distinctes : l'*anxiété-ETAT* (ce que l'individu ressent *en ce moment*, forme Y-A), et l'*anxiété-TRAIT* (ce que l'individu ressent *généralement*, forme Y-B).

Chacune des échelles se compose de vingt propositions auxquelles le sujet doit répondre sur une échelle en 4 points, allant de *presque jamais* à *presque toujours*. Chaque échelle permet d'obtenir un score global allant de 0 à 60 qui peut être comparé avec les scores des populations de référence présentés par les auteurs de l'instrument. L'instrument original a été validé auprès des adolescents américains (Spielberger, 1988), et la version française auprès de 70 jeunes adultes bilingues, étudiants de l'Université Laval au Québec (Gauthier & Bouchard, 1993).

3.2.3. Le CASQ (Coping Across Situations Questionary)

Le CASQ (Seiffge-Krenke, 1993)⁴⁶ est un auto-questionnaire évaluant la manière dont l'adolescent fait face aux problèmes dans 8 domaines différents de la vie. Le sujet répond s'il a utilisé « jamais », « parfois » ou « toujours » chacune des 20 stratégies répertoriées dans le questionnaire. Cette procédure se répète 8 fois : « quand j'ai un problème... »

- à l'école,

⁴⁵ Adaptation canadienne-française de la forme révisée du STAI à l'Université Laval, Québec (Gauthier & Bouchard, 1993)

⁴⁶ Inventaire des différentes stratégies de *coping* chez l'adolescent.

- avec un enseignant,
- avec mes parents,
- avec mes amis,
- avec mon partenaire,
- avec moi-même,
- avec mon avenir,
- avec mon temps libre.

Il est possible d'obtenir un score, (avec un simple calcul de moyennes) pour chaque stratégie dans chaque domaine ou pour chaque stratégie dans tous les domaines. Les auteurs de l'instrument classifient les 20 stratégies en trois catégories : *coping actif* (CA), *coping interne* (CI) et *coping d'évitement* (CE). Chaque sujet peut obtenir également des scores pour chacune de ces trois catégories, soit pour chaque domaine, soit pour la totalité des domaines. L'instrument original a été validé auprès de 350 adolescents allemands âgés de 12 à 20 ans (Seiffge-Krenke, 1989).

Traduction

La traduction a été effectuée en deux étapes : une traductrice professionnelle a d'abord traduit les 20 phrases exprimant les stratégies de *coping*. Dans une deuxième étape, tous les items ont fait l'objet d'une « back translation » avec l'aide d'une personne de langue maternelle anglaise. Certaines questions ont dû être reformulées en tenant compte des différences culturelles et de langage.

Fiabilité de la mesure

Afin d'évaluer si nos données étaient similaires à celles des auteurs de l'instrument, nous avons réalisé une analyse en composantes principales pour voir si nous retrouvions les mêmes catégories de stratégies de *coping* que les auteurs. Après avoir testé l'adéquation de nos données (test de Kaiser-Meyer-Olkin) ainsi que la sphéricité (test de Bartlett), nous avons lancé l'analyse. Selon le critère de Kaiser, l'analyse trouve 6 facteurs qui expliquent le 68.1 % de la variance.

En forçant l'analyse à trouver seulement 3 facteurs (en utilisant la méthode de « direct oblimin » qui accepte que les facteurs soient liés entre eux) nous arrivons à une explication de 45,5 % de la variance. Dans l'échelle du *coping actif*, l'analyse classe correctement 5 items sur 7, pour l'échelle du *coping interne*, l'analyse classe correctement 4 items sur 6 et, pour *l'évitement*, le classement correct est de seulement 3 items sur 6.

Cohérence interne des échelles

Afin de tester la fiabilité de notre version, nous avons procédé au calcul des alphas de *Cronbach* parmi les items de chacune des trois mesures (*coping actif*, *coping interne* et *coping d'évitement*).

Tableau 32 : Alphas de Cronbach

Echelles	Alphas de Cronbach
Coping actif	.67
Coping interne	.45
Coping d'évitement	.65

Les valeurs des alphas pour les échelles *coping actif* et *coping d'évitement* peuvent être considérées comme acceptables (Field, 2000). Néanmoins, la valeur de l'échelle du *coping interne* est faible. Après observation du comportement de chacun des items (moyennes sur les 8 domaines), nous avons observé que l'item 5, compris dans cette échelle modifie considérablement la valeur de *l'alpha de Cronbach*. En effet, en enlevant cet item, nous améliorons considérablement la valeur, mais dans l'esprit de rester le plus proche de la version de l'instrument original, nous avons décidé d'utiliser les échelles telles qu'elles ont été définies par les auteurs.

3.3. Procédure d'évaluation

Afin d'assurer une bonne fiabilité des données, tous les évaluateurs ayant travaillé avec les deux groupes ont été formés à l'administration des questionnaires ainsi qu'à l'uniformisation de la procédure.

Groupe Clinique :

Les questionnaires ont été administrés aux 50 adolescents du groupe Clinique de manière échelonnée et en suivant un ordre défini.

- Lors de la troisième ou quatrième semaine de prise en charge, chaque adolescent du groupe a répondu au questionnaire ADAD au cours d'un entretien semi-structuré d'environ une heure.
- Les questionnaires STAI et CASQ, ont été administrés à partir de la 5^e semaine lors des entretiens hebdomadaires prévus dans le suivi psychologique.

Groupe Non Clinique :

Les 60 adolescents du groupe Non clinique ont répondu aux questionnaires ADAD, STAI et CASQ lors d'un seul rendez-vous d'environ deux h fixé dans un lieu de convenance pour le sujet.

3.4. Variables et types de mesure

Le Tableau 33 résume les informations concernant les instruments, les variables ainsi que le type de mesures.

Tableau 33 : Instruments et mesures de l'Etude III.

Instruments	Variables	Mesures
ADAD	- Gravité de la consommation (VD) - Type de consommation (VD)	- Score de gravité cannabis de 0 à 9 - Catégories : D (consommateur dépendant), ND (consommateur récréatif et non-consommateur)
STAI	- Anxiété-TRAIT (VI) - Anxiété-ETAT(VI)	- Score Anxiété-TRAIT de 0 à 60 - Score Anxiété-ETAT de 0 à 60
CASQ	- Coping actif CA (VI) - Coping interne CI (VI) - Coping d'évitement CE (VI)	- Scores moyens pour chaque sujet (de 1,0 à 3.0) pour CA, CI et CE. - Scores moyens (de 1.0 ; à 3.0) pour les domaines: école, enseignants, parents, partenaire, amis, soi-même, temps libre et avenir. - Catégories : CA (coping actif), CI (coping interne) et CE (coping d'évitement)

4. Résultats

Les principaux éléments descriptifs des groupes Clinique et Non Clinique (éléments sociodémographiques, détails sur la qualité de *liens sociaux*, les comportements déviants (*loi*), les problèmes *psychologiques* et la consommation de *cannabis*), ont été déjà décrits dans l'Étude II. Nous présentons ici les éléments descriptifs des deux groupes en relation à la dépendance au *cannabis*, ainsi qu'à l'*anxiété* et aux stratégies de *coping*.

4.1. Dépendance au cannabis

Tel que cela a été décrit, l'instrument ADAD permet d'établir un diagnostic de dépendance au *cannabis* en accord aux critères DSM-IV. Dans l'étude II (centrée sur la consommation de *cannabis*), nous avons utilisé le score de gravité du domaine « *cannabis* » (mesure dimensionnelle). Pour l'obtention de ce score, ce questionnaire investigue en profondeur certaines données relatives à la fréquence actuelle de la consommation, la période de fréquence maximale, la durée et l'évolution de cette consommation ainsi que la compulsion à consommer ; critères permettant de poser un diagnostic de dépendance à la substance. Nous avons ainsi évalué comme « dépendants », les sujets remplissant l'ensemble des critères suivants :

- un score de gravité de 5 ou plus,
- le *cannabis* comme la substance qui pose le plus de problème (item ADAD 133),
- avoir répondu « oui » à l'item ADAD 136 : « *vous est-il déjà arrivé de remarquer que vous deviez prendre plus d'une substance (ou en prendre plus souvent) pour qu'elle fasse effet ?* »,
- avoir répondu « oui » à l'item ADAD 137 : « *vous est-il déjà arrivé d'essayer de diminuer votre consommation sans y parvenir ?* »,
- avoir répondu « oui » à au moins l'un des deux items suivants : l'item ADAD 141 « *au cours des 30 derniers jours est ce que vous vous êtes attiré des ennuis à l'école ou au travail à cause de votre consommation de cannabis ?* » l'item ADAD 144 : « *au*

cours des 30 derniers jours avez-vous eu des problèmes avec vos parents à cause de votre consommation de cannabis ?»⁴⁷.

À partir de ces données, nous avons construit une nouvelle variable dichotomique sous deux modalités : « Dépendant » (D) et « Non Dépendant » (ND). La deuxième modalité (ND) regroupe les consommateurs récréatifs et les sujets non consommateurs⁴⁸.

Dans les analyses de la présente étude, nous utilisons les deux types de mesures présentées : le « score de gravité de la consommation de *cannabis* » de l'ADAD, (mesure dimensionnelle) et le diagnostic de dépendance ou non dépendance (mesure catégorielle). Le Tableau 34 montre la distribution des sujets de l'étude en fonction de la nouvelle catégorisation Dépendant / Non Dépendant, pour les deux groupes Clinique et Non Clinique⁴⁹.

Les populations des groupes Clinique et Non Clinique sont ainsi divisées en deux sous-groupes: d'une part nous avons regroupé les sujets qui n'ont jamais consommé au cours de leur vie avec ceux qui consomment de manière récréative ou l'ont fait dans un passé proche (groupe Non Dépendants ND) ; d'autre part, nous avons regroupé ceux qui consomment de manière très importante et présentent les critères pour le diagnostic de dépendance (*Groupe Dépendants D*). Si les sujets des deux groupes Clinique et Non Clinique sont distribués selon la nouvelle catégorisation (D et ND) nous obtenons un groupe de « Dépendants D » N = 38 (27 garçons et 11 filles) ; et un groupe de « Non Dépendants ND » N = 72 (46 garçons et 26 filles) (cf. Tableau 34).

⁴⁷ L'un des critères DSM IV pour le diagnostic de dépendance est le fait que la consommation nuise à l'intégration sociale du sujet. Etant donné que la population de l'étude est en *rupture scolaire*, nous avons également tenu compte de l'impact que pouvait avoir la consommation de *cannabis* sur la vie familiale de l'adolescent.

⁴⁸ Etant donné que dans la présente étude l'objectif principal est de déceler les facteurs associés à la dépendance, les consommateurs dits « récréatifs » sont considérés, au même titre que les sujets non consommateurs, comme des sujets n'ayant pas développé une dépendance à la substance.

⁴⁹ La distribution des sujets en fonction de la variable dimensionnelle (gravité de la consommation de *cannabis*) a été présentée dans la section Résultats Etude II.

Tableau 34 : Distribution des sujets selon le diagnostic de dépendance au *cannabis* pour les groupes C (N = 50) et NC (N = 60).

	Non-Dépendants ND N = 72		Dépendants D N = 38
	Jamais Consommé N (%)	Consommation Récréative N (%)	Consommation Dépendante N (%)
Groupe C, (N = 50)	7 (14 %)	12 (24 %)	31 (62 %)
Groupe NC, (N = 60)	38 (63.3 %)	15 (25 %)	7 (11.7 %)

Tableau 35 : Distribution des sujets des groupes D et ND selon âge et sexe.

	Non-Dépendants ND N = 72 M (SD)	Dépendants D N = 38 M (SD)
Age	16 (1.8)	16.7 (1.2)
Sexe	46 garçons (63 %) 26 filles (37 %)	27 garçons (71 %) 11 filles (29 %)

4.2. *Anxiété-TRAIT et Anxiété-ETAT*

La mesure *d'anxiété-TRAIT* pour les adolescents du groupe Clinique, varie entre 20 et 77 points. La valeur moyenne se trouve à 50.86 (12.02). Pour les adolescents du groupe non clinique, les valeurs varient entre 21 et 66 points, la moyenne étant à 45.68 (SD = 9.17). La différence entre les deux groupes est significative ($t(108), = 2.56, p < .01$) (cf. Tableau 36).

La mesure *d'anxiété-ETAT* pour les adolescents du groupe Clinique, varie entre 20 et 77 points. La valeur moyenne se trouve à 42.96 (SD = 9.17). Pour le groupe non clinique, les valeurs varient entre 26 et 75 points, avec un score moyen de 38.25 (SD = 11.49). La différence entre les deux groupes est aussi significative ($t(1/108), = 1.96, p < .05$). Ces valeurs indiquent que les adolescents en rupture scolaire ou de formation sont nettement plus anxieux que les adolescents scolarisés (cf. Tableau 36).

Tableau 36 : M et SD pour les deux mesures d'anxiété des sujets des groupes C et NC.

	Groupe C N= 50 M (SD)	Groupe NC N = 60 M (SD)	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Anxiété-TRAIT</i>	50.86 (12.02)	45.68 (9.17)	-1.962	.012
<i>Anxiété-ETAT</i>	42.96 (13.68)	38.25 (11.49)	-2.560	.052

L'auteur du questionnaire STAI (Spielberger, 1993), met à disposition dans le « manuel d'utilisation » des moyennes de référence pour différents groupes d'âge et sexe. Afin de comparer nos données avec celles de référence, nous avons calculé des moyennes d'*anxiété-TRAIT* et *anxiété-ETAT* des garçons et des filles pour chacun de deux groupes, Clinique et Non Clinique. Les valeurs du groupe Clinique restent plus élevées que celles proposées par l'auteur, tant pour les garçons que pour les filles (cf. Tableau 37). Les moyennes du groupe Non Clinique sont également plus élevées pour les filles et les garçons, mais en moindre mesure. En ce qui concerne l'*anxiété-ETAT*, seule les moyennes du groupe Clinique sont plus élevées que celles du groupe de référence.

Tableau 37 : Moyennes des filles et garçons pour les groupes C et NC et moyennes de référence.

	Groupe C N = 50		Groupe NC N = 60		Groupe de référence Lycéens *	
Sexe	Filles N = 16 M (SD)	Garçons N = 34 M (SD)	Filles N = 21 M (SD)	Garçons N = 39 M (SD)	Filles N = 222 M (SD)	Garçons N = 202 M (SD)
<i>Anxiété TRAIT</i>	52.37 (11.12)	50.14 (12.50)	46.95 (9.62)	45,00 (8.97)	40.97 (10.63)	40.17 (10.53)
<i>Anxiété ETAT</i>	42.75 (12.33)	43.05 (14.45)	38.25 (11.49)	39.48 (11.87)	40.54 (12.86)	39.45 (9.74)

(*)Spielberger, (1993), lycéens américains (202 garçons et 222 filles) âgés de 15 à 18 ans.

Dans le manuel de l'instrument, l'auteur propose également des valeurs moyennes pour des populations cliniques, (patients adultes avec un diagnostic psychiatrique). On observe que, par exemple, la moyenne d'*anxiété-TRAIT* du groupe Clinique (50.86), est plus élevée que celle des patients adultes présentant n'importe quel diagnostic répertorié par Spielberger. (cf. Tableau 38).

Tableau 38 : Moyennes de référence (STAI).

	<i>Anxiété-TRAIT</i>	<i>Anxiété-ETAT</i>
Dépression	46.62	54.43
Anxiété réactionnelle	48.08	49.02
Schizophrénie	45.72	45.70

Spielberger, 1993.

Des moyennes pour les scores d'anxiété ont été également calculé en fonction de la division des sujets entre Dépendants D et Non Dépendants ND. En ce qui concerne *l'anxiété-TRAIT*, la différence entre les sujets Dépendants et les Non Dépendants est significative ($F(1/108) = 14.274, p = .001$) ; pour *l'anxiété ETAT* cette différence n'est pas significative ($F(1/108) = 3.561, p = .082$) (cf. Tableau 39), mais tendancielle.

Tableau 39 : M et SD de *anxiété-TRAIT* et *anxiété-ETAT* pour les groupes D et ND.

	Groupe ND, N= 72 M (SD)	Groupe D, N = 38 M (SD)	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Anxiété-TRAIT</i>	45.36 (9.77)	53.10 (11.02)	14.274	.001
<i>Anxiété-ETAT</i>	38.75 (12.45)	43.50 (12.73)	3.561	.082

Résumé

- Les populations des deux groupes Clinique et Non Clinique ont un niveau d'*anxiété* plus élevée que les moyennes de référence américaines.
- En ce qui concerne la mesure d'*anxiété-TRAIT*, les moyennes sont plus élevées dans le groupe Clinique que dans le groupe Non Clinique. De même, si l'on divise la population entre sujets Dépendants et Non Dépendants, les moyennes des Dépendants sont significativement plus élevées que celle des Non Dépendants.
- La mesure de *l'anxiété-ETAT* présente quelques différences entre les groupes mais celles-ci ne sont presque jamais significatives et semblent avoir un rôle moins important.

4.3. Les stratégies de coping (CASQ)

Le questionnaire CASQ permet d'identifier les stratégies de coping utilisées par les sujets ainsi que d'obtenir un score (moyenne) pour chaque type de stratégie : *actif, interne et d'évitement*. Les Tableaux 40 et 41 montrent la liste des 20 stratégies répertoriées (de la plus utilisée à la moins utilisée par les sujets) dans les groupes Clinique et Non Clinique.

Tableau 40 : M et SD des stratégies utilisées par les sujets du groupe C (N = 50)

	Stratégies	M	SD	coping
8	J'essaye de me défouler (en écoutant de la musique forte, en conduisant une moto, en dansant, en faisant du sport, etc.)	2.35	.60	<i>CE</i>
13	Je me dis que de toutes façons il y aura toujours des problèmes.	2.29	.52	<i>CI</i>
16	J'essaye de ne pas penser au problème.	2.26	.55	<i>CE</i>
20	Je laisse faire parce que de toutes façons je n'y peux rien.	2.18	.63	<i>CE</i>
6	J'essaye de parler du problème avec la personne concernée.	2.14	.48	<i>CA</i>
10	Je pense au problème et essaye de trouver différentes solutions	2.14	.63	<i>CI</i>
12	J'exprime la colère et le désespoir que je ressens en criant, en claquant les portes, etc.	2.10	.57	<i>CE</i>
4	Je m'attends au pire.	2.09	.55	<i>CI</i>
5	Je connais mes limites et les accepte.	2.09	.75	<i>CI</i>
7	J'agis comme si de rien n'était.	2.07	.72	<i>CE</i>
14	Je ne pense au problème que lorsqu'il se présente.	2.04	.43	<i>CI</i>
11	Je fais avec.	1.97	.56	<i>CI</i>
17	J'essaye d'oublier le problème en consommant de l'alcool et de la drogue.	1.94	.73	<i>CE</i>
9	Je ne m'inquiète pas car généralement tout finit par s'arranger	1.85	.39	<i>CE</i>
19	J'essaye de régler le problème avec l'aide de mes amis.	1.85	.53	<i>CA</i>
2	Je parle du problème dès qu'il se présente et ne m'inquiète pas beaucoup.	1.73	.42	<i>CA</i>
18	J'essaye d'obtenir de l'aide et du réconfort auprès d' autres personnes qui sont dans la même situation que moi.	1.71	.53	<i>CA</i>
1	Je discute du problème avec mes parents ou des adultes	1.63	.53	<i>CA</i>
15	Je cherche de l'information dans les magazines, les encyclopédies et les livres.	1.35	.56	<i>CA</i>
3	J'essaye d'obtenir de l'aide auprès des institutions (centres d'accueil, maisons de quartiers, orientation professionnelle, etc.)	1.30	.44	<i>CA</i>

Les stratégies les plus utilisées par les adolescents du groupe clinique sont la stratégie numéro 8, coping *d'évitement CE*, la 13, coping *interne CI* et la 16, coping *d'évitement CE*. Les stratégies les moins utilisées sont la 1, la 15 et la 3, coping *actif CA*.

Tableau 41 : M et SD des stratégies utilisées par les sujets du groupe NC (N= 60)

	Stratégies	M	SD	<i>coping</i>
6	J'essaye de parler du problème avec la personne concernée.	2.30	.40	<i>CA</i>
5	Je connais mes limites et les accepte.	2.26	.34	<i>CI</i>
14	Je ne pense au problème que lorsqu'il se présente.	2.14	.48	<i>CI</i>
19	J'essaye de régler le problème avec l'aide de mes amis.	2.12	.54	<i>CA</i>
8	J'essaye de me défouler (en écoutant de la musique forte, en conduisant une moto, en dansant, en faisant du sport, etc.)	2.04	.65	<i>CE</i>
1	Je discute du problème avec mes parents ou des adultes	1.97	.42	<i>CA</i>
16	J'essaye de ne pas penser au problème.	1.96	.47	<i>CE</i>
18	J'essaye d'obtenir de l'aide et du réconfort des personnes qui sont dans la même situation que moi.	1.93	.55	<i>CA</i>
9	Je ne m'inquiète pas car généralement tout finit par s'arranger	1.93	.34	<i>CE</i>
2	Je parle du problème dès qu'il se présente et ne m'inquiète pas beaucoup.	1.88	.36	<i>CA</i>
13	Je me dis que de toutes façons il y aura toujours des problèmes.	1.87	.51	<i>CI</i>
11	Je fais avec.	1.86	.49	<i>CI</i>
4	Je m'attends au pire.	1.68	.48	<i>CI</i>
7	J'agis comme si de rien n'était.	1.56	.38	<i>CE</i>
12	J'exprime la colère et le désespoir que je ressens en criant, en claquant les portes, etc.	1.57	.49	<i>CE</i>
20	Je laisse faire parce que de toutes façons je n'y peux rien.	1.52	.35	<i>CE</i>
15	Je cherche de l'information dans les magazines, les encyclopédies et les livres.	1.32	.38	<i>CA</i>
3	J'essaye d'obtenir de l'aide auprès des institutions (centres d'accueil, maisons de quartiers, orientation professionnelle, etc.)	1.29	.37	<i>CA</i>
17	J'essaye d'oublier le problème en consommant de l'alcool et de la drogue.	1.27	.43	<i>CE</i>

Les stratégies les plus utilisées par les adolescents du groupe Non Clinique sont la stratégie numéro 6, *coping actif CA*, la 5 et la 14, *coping interne CI*. Les stratégies les moins utilisées sont la 17, *coping d'évitement CE*, ainsi que la 3 et la 15, *coping actif CA*. Les filles et garçons ne se différencient pas quant aux choix des stratégies de *coping*.

Les Tableaux 42 et 43 montrent les stratégies les plus utilisés pour les sujets Dépendants D et les sujets Non Dépendants ND.

Tableaux 42 : stratégies les plus utilisées pour les sujets Dépendants D (N = 38)

	Stratégies	M	SD	coping
8	J'essaye de me défouler (en écoutant de la musique forte, en conduisant une moto, en dansant, en faisant du sport, etc.)	2.31	.52	CE
16	J'essaye de ne pas penser au problème.	2.24	.57	CE
6	J'essaye de parler du problème avec la personne concernée.	2.21	.47	CA

Tableaux 43 : stratégies les plus utilisées pour les sujets Non dépendants ND (N = 72)

	Stratégies	M	SD	coping
10	Je pense au problème et essaye de trouver différentes solutions	2.33	.45	CI
6	J'essaye de parler du problème avec la personne concernée.	2.24	.43	CA
5	Je connais mes limites et les accepte.	2.23	.53	CI

4.3.1. Coping actif, coping interne et coping d'évitement

Le calcul des moyennes permet d'obtenir un score pour les stratégies de **coping actif (CA)**, de **coping interne (CI)** et de **coping d'évitement (CE)**, ceci pour l'ensemble des domaines investigués comme pour chacun des 8 domaines séparés .

Si l'on compare les scores des trois types de stratégies pour l'ensemble des domaines, les différences entre les moyennes des deux groupes Clinique et Non Clinique sont significatives pour le score de **coping actif CA** ($t(108) = 3.13, p = .001$) et pour le **coping d'évitement CE** ($t(108) = 6.79, p = .001$) ; concernant le **coping interne**, on n'observe pas de différence **CI** ($t(108) = -1.49, p = .131$) (cf. Tableau 44) . La division de la population selon le sexe ne donne pas de différences significatives.

Tableau 44 : M et SD des 3 types stratégies de coping pour les groupes C et NC.

	Groupe C N = 50 M (SD)	Groupe NC N = 60 M (SD)	t	p
Coping actif	1.67 (0.27)	1.83 (0.25)	3,133	,002
Coping interne	2.1 (0.27)	2.03 (0.23)	-1,492	,139
Coping d'évitement	2.15 (0.35)	1.65 (0.28)	-6,799	,000

En ce qui concerne les moyennes par domaines investigués, on observe que pour le **coping actif (CA)**, la moyenne la plus élevée dans les deux groupes est celle concernant l'avenir. Par

rapport au *coping interne (CI)*, les moyennes les plus élevées pour les deux groupes sont celles concernant l'école. En ce qui concerne le *coping d'évitement (CE)*, la moyenne la plus élevée dans le groupe Clinique est celle concernant les parents et pour le groupe Non Clinique, la sphère personnelle suivi de près par le domaine scolaire.

Tableau 45 : M et SD de chaque domaine pour chaque type de stratégie dans les groupes C et NC.

Lorsque j'ai un problème...	Groupe C (N = 50)			Groupe NC, (N = 60)		
	CA M (SD)	CI M (SD)	CE M (SD)	CA M (SD)	CI M (SD)	CE M (SD)
à l'école	1.68 (.38)	2.17 (.32)	2.16 (.58)	1.88 (.32)	2.13 (.28)	1.71 (.32)
avec un enseignant	1.63 (.34)	2.09 (.33)	2.16 (.52)	1.85 (.32)	2.04 (.30)	1.63 (.37)
avec les parents	1.71 (.34)	2.13 (.35)	2.23 (.68)	1.80 (.30)	2.02 (.31)	1.63 (.38)
avec mes amis	1.68 (.32)	2.08 (.42)	2.11 (.56)	1.81 (.30)	2.00 (.28)	1.62 (.32)
avec mon partenaire	1.73 (.49)	2.16 (.37)	2.15 (.37)	1.71 (.25)	2.05 (.35)	1.63 (.38)
avec moi-même	1.56 (.35)	2.10 (.56)	2.16 (.54)	1.72 (.32)	2.06 (.31)	1.72 (.39)
avec mon avenir	1.75 (.37)	2.05 (.40)	2.08 (.52)	2.00 (.45)	1.99 (.34)	1.59 (.33)
avec mon temps libre	1.64 (.34)	2.05 (.35)	2.13 (.50)	1.83 (.35)	1.99 (.29)	1.62 (.33)

4.3.2. Dépendance au cannabis et stratégies de coping

Nous avons également calculé les moyennes des trois types de stratégies de *coping* en relation avec la catégorisation des sujets en Dépendants D et Non Dépendants ND. La différence entre les moyennes des sujets Dépendants et Non Dépendants est significative pour les scores de *CA* ($p = .020$) et de *CE* ($p = .001$), mais pas de *CI* ($p = .719$) (cf. Tableau 46).

Tableau 46 : M et SD des 3 types de stratégies de *coping* pour les sujets D et les sujets ND.

	Sujets ND, N = 72 M (SD)	Sujets D, N = 38 M (SD)	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Coping actif</i>	180 (0.26)	1.67 (0.26)	2.371	.020
<i>Coping interne</i>	2.07 (0.26)	2.05 (0.24)	.361	.719
<i>Coping d'évitement</i>	175 (0.36)	2.17 (0.45)	-5.618	.001

Résumé

- L'analyse descriptive des stratégies de *coping* utilisées par les adolescents de l'étude montre que l'utilisation des stratégies d'*évitement* est plus fréquente parmi les sujets du groupe Clinique.
- Les filles et les garçons de se différencient pas par rapport au choix de stratégies.
- Si l'on divise la population en Dépendants et Non Dépendants, on observe que la moyenne du *coping d'évitement* est significativement plus élevée chez les sujets dépendants.
- En revanche, les stratégies de type *actif*, sont plus fréquemment utilisées par les sujets Non Cliniques ainsi que par les sujets Non Dépendants.
- Le score du *coping interne* n'apparaît pas comme une mesure associée à un groupe plus qu'à un autre.

4.4. Anxiété et dépendance au cannabis

L'hypothèse H6a postule qu'il existe une influence de *l'anxiété-TRAIT* sur la dépendance au *cannabis*. Parallèlement, l'hypothèse H6b postule, quant à elle, que *l'anxiété-ETAT* ne discrimine pas les sujets dépendants des non dépendants. Les Tableaux 16 et 17 montrent les corrélations entre *l'anxiété-ETAT*, *l'anxiété-TRAIT* et la gravité de la consommation de *cannabis* pour les groupes Clinique et Non Clinique (mesure dimensionnelle).

Tableau 47 : corrélation entre l'anxiété et la gravité de la consommation de *cannabis*, groupe C

	<i>Anxiété TRAIT</i>	<i>Gravité cannabis</i>
<i>Anxiété ETAT</i>	.711**	.070
<i>Anxiété TRAIT</i>		.245

* sig. $p < .001$ ** sig. $p < .05$

Tableau 48 : corrélation entre *anxiété* et la gravité de la consommation de *cannabis*, groupe NC

	<i>Anxiété TRAIT</i>	<i>Gravité cannabis</i>
<i>Anxiété ETAT</i>	.686**	.257*
<i>Anxiété TRAIT</i>		.460**

* sig. $p < .001$ ** sig. $p < .05$

Pour le groupe Clinique, la mesure d'*anxiété-ETAT* ne corrèle pas avec la gravité de la consommation de *cannabis*. Pour la mesure d'*anxiété-TRAIT*, cette corrélation existe mais elle est faible et non significative. En revanche, pour le groupe Non Clinique, les deux valeurs corrélient de manière significative, le coefficient pour *l'anxiété-TRAIT* étant plus élevé. La même analyse réalisée en additionnant les sujets de deux groupes est également significative tant pour *l'anxiété-TRAIT* ($r = .402, p < .001$) que pour *l'anxiété-ETAT* ($r = .227, p < .001$).

Analyse de régression

Dans le but d'approfondir l'analyse des relations entre ces variables, nous avons réalisé une analyse de régression linéaire. L'échelle de gravité de la consommation de *cannabis* a été introduite comme variable dépendante (indicateur du niveau problématique de la consommation, mesure dimensionnelle). Les variables *anxiété-TRAIT* et *anxiété-ETAT* ont été introduites comme variables indépendantes (prédicteurs).

L'analyse a été réalisée d'abord en regroupant les sujets des groupes Clinique et non Clinique. Dans un premier temps, les deux mesures d'anxiété ont été introduites comme prédicteurs. Dans un deuxième temps, et dans le but de mesurer l'effet groupe (Clinique ou Non Clinique), nous avons introduit les interactions entre chaque mesure d'anxiété et le facteur « groupe » (appartenance au groupe Clinique ou Non Clinique).

Le premier modèle montre que seule *l'anxiété-TRAIT* prédit significativement la gravité de la consommation de *cannabis* ($\beta = .487, p = .001$; (*Anxiété-ETAT*) $\beta = .119, p = .345$). Ce premier modèle explique 15 % de la variance. Pour le deuxième modèle, qui tient compte des interactions, la variance expliquée est de 38 % mais l'effet principal de *l'anxiété-TRAIT* perd sa significativité ($\beta = -.073, p = .485$) tandis que l'interaction entre *anxiété-TRAIT* et le facteur « groupe » (Clinique ou Non Clinique) est significative ($\beta = .871, p = .001$). Nous avons inclus l'âge des adolescents dans l'équation et elle est significative ($\beta = .204, p = .024$).

Les mêmes analyses ont été réalisées dans les groupes Clinique et non Clinique séparément. Dans le groupe Clinique, la mesure *d'anxiété-TRAIT* apparaît comme significative ($\beta = .395, p = .053$) et *l'anxiété-ETAT* comme non-significative ($\beta = -.211, p = .294$) ; néanmoins l'équation n'explique que 4 % de la variance. Pour le groupe Non Clinique, la mesure

d'*anxiété-TRAIT* apparaît comme significative ($\beta = .536, p = .002$) et celle de l'*anxiété-ETAT* comme non significative ($\beta = -.110, p = .497$). L'équation de régression explique, cette fois-ci, 19 % de la variance.

Ces résultats confirment que le fait d'appartenir à un groupe Clinique ou non a un poids relatif sur la relation entre l'*anxiété-TRAIT* et la gravité de la consommation de *cannabis*. Tant pour les sujets scolarisés que pour les non scolarisés, l'*anxiété-TRAIT* intervient comme un bon prédicteur de la gravité de la consommation de *cannabis*, mais cette relation est plus forte chez les adolescents scolarisés. Pour les sujets en rupture de formation (groupe Clinique), l'*anxiété-TRAIT* est probablement liée à la présence d'autres manifestations pathologiques.

Analyses de variances

Afin de comprendre comment les groupes Clinique et Non Clinique se caractérisent, des analyses de variance ont été réalisées. L'anxiété a été introduite comme variable dépendante ; le « groupe » (appartenance au groupe Clinique ou Non Clinique) et la « dépendance » (appartenance au groupe Dépendant ou Non Dépendant) comme variables indépendantes.

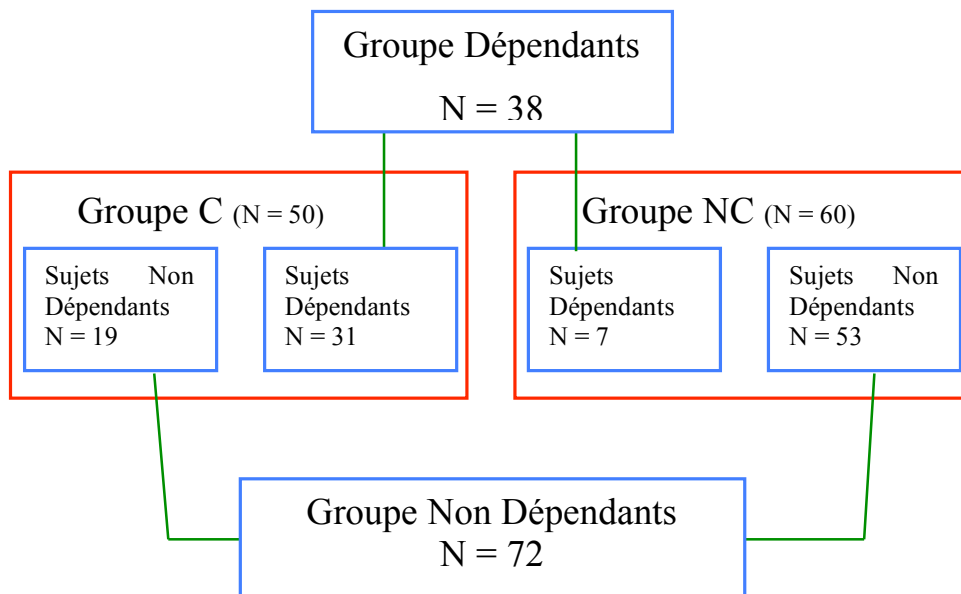


Figure 38 : Composition des groupes : Clinique / Non Clinique et Dépendants / Non Dépendants.

Le fait d'appartenir au groupe Clinique ou Non Clinique n'est pas significatif pour l'*anxiété-TRAIT* ($F(1/108) = .025, p = .870$). En revanche, le fait d'être dépendant ou non (D /ND), est associé de manière significative à la mesure d'*anxiété-TRAIT* ($F(1/108) = 9.41, p = .001$). L'interaction entre les deux facteurs s'avère non significative : ($F(1/108) = 1.64, p = .200$). Pour l'anxiété ETAT, ni le fait d'appartenir au groupe clinique ou non clinique ($F(1/108) = .63, p = .420$), ni le fait d'appartenir au groupe de dépendants ou de non dépendants ($F(1/108) = 1.26, p = .260$) semble avoir un effet significatif. L'interaction des deux facteurs demeure également non significative ($F(1/108) = .29, p = .580$).

Résumé

- L'analyse de régression linéaire montre que l'*anxiété-TRAIT* se comporte comme un bon prédicteur de la gravité de la consommation de *cannabis*, tant pour les groupes Clinique et Non Clinique séparément, que pour l'ensemble de la population.
- En revanche, la mesure d'*anxiété-ETAT* ne semble pas être un bon prédicteur.
- L'inclusion des interactions de chaque variable indépendante avec le facteur groupe (Clinique ou Non Clinique) nous indique que le fait d'appartenir au groupe Clinique a une influence relative sur la valeur prédictive de l'*anxiété-TRAIT*.
- Contrairement à l'analyse de régression, l'analyse de variance montre que le fait d'appartenir au groupe Clinique ou Non Clinique, ne semble pas être lié au niveau d'*anxiété-TRAIT*.
- En revanche, le fait d'être dépendant au cannabis est associé à la mesure d'*anxiété-TRAIT*.

4.5. Stratégies de coping et dépendance au cannabis

L'hypothèse H7 postule un lien entre la dépendance au *cannabis* et le type de stratégie de *coping* utilisé. L'hypothèse H7a affirme que les sujets Dépendants utilisent davantage de stratégies de type *évitement CE*. L'hypothèse H7b affirme que les sujets Non Dépendants utilisent davantage des stratégies de type *actif CA* et *interne CI*.

L'analyse de corrélations montre que, dans les deux groupes Clinique et Non Clinique, il existe un lien entre la gravité de la consommation de *cannabis* et le *coping d'évitement CE*, mais ce lien est significatif seulement pour le groupe Non Clinique. On observe également

que dans le groupe Clinique, la relation entre le *coping actif* et le *coping d'évitement* est négative et significative. Ceci signifie que les sujets de ce groupe ayant des scores élevés pour les stratégies *d'évitement*, ont des scores bas pour les stratégies de *coping actif*. En revanche cette relation est positive pour le groupe Non Clinique, ce qui montre que le choix pour l'un au l'autre type de stratégie n'est pas exclusif des sujets scolarisés.

L'analyse de corrélations incluant les sujets des deux groupes réunis montre que le lien entre le *coping d'évitement* et la gravité de la consommation de *cannabis* est significatif. On observe également une corrélation significative entre *cannabis* et *coping actif*. Les liens entre *coping actif* et *coping d'évitement* sont, pour toute la population, négatifs.

Tableau 49 : corrélations entre les trois types de coping et la gravité du cannabis Groupe Clinique, N = 50.

	cannabis	CA	CI
CA	-.225		
CI	-.109	.194	
CE	.272	-.387(**)	.175

* sig. $p < .001$ ** sig. $p < .05$

Tableau 50 : corrélations entre les trois types de coping et la gravité du cannabis Groupe Non Clinique, N = 60.

	cannabis	CA	CI
CA	-.164		
CI	-.154	.204	
CE	.335(**)	.154	.235

* sig. $p < .001$ ** sig. $p < .05$

Tableau 51 : corrélations entre les trois types de coping et la gravité de la consommation de cannabis pour l'ensemble des sujets, N = 110.

	cannabis	CA	CI
CA	-.323(**)		
CI	-.016	.147	
CE	.526(**)	-.287(**)	.240(*)

* sig. $p < .001$ ** sig. $p < .05$

Analyse de régression

Afin d'approfondir l'étude de relation entre ces variables, une analyse de régression linéaire a été effectuée. Le score de gravité de la consommation de *cannabis* a été introduit dans l'équation comme variable dépendante et les trois mesures de *coping* (*CA*, *CI* et *CE*) comme variables indépendantes (prédicteurs) ainsi que l'âge des adolescents.

L'analyse a été effectuée en réunissant les sujets des deux groupes Clinique et Non Clinique. Dans un premier temps, les trois mesures de *coping* ont été introduites comme prédicteurs. Dans un deuxième temps, nous avons ajouté les effets d'interaction entre chacune d'entre elles et le facteur « C/CN » (appartenance au groupe Clinique ou Non Clinique) ainsi que l'âge des sujets. Le premier modèle, expliquant 30 % de la variance, montre que *CE* ($\beta = .507$, $p = .001$) prédit significativement la gravité de la consommation de cannabis. En revanche, *CA* ($\beta = -.161$, $p = .074$) *CI* ($\beta = -.114$, $p = .181$) ne la prédisent pas. Quand les effets d'interactions sont introduits, le pourcentage de variance expliquée augmente à 46%, mais la seule variable significative est *CI* ($\beta = .987$, $p = .035$). *CE* perd sa significativité ($\beta = -.464$, $p = .133$) et seule interaction avec le facteur *CI*Groupe*, reste tendancielle ($\beta = .861$, $p = .085$). L'âge des sujets est quant à elle significative ($\beta = .224$, $p = .022$).

La même analyse a été réalisée pour les deux groupes séparément. Pour le groupe Clinique, aucun des trois types de *coping* ne s'avère significatif : *CA* ($\beta = -.100$, $p = .531$) ; *CI* ($\beta = -.135$, $p = .366$) ; *CE* ($\beta = .257$, $p = .109$). En revanche, pour le groupe Non Clinique, bien que les *CA* et *CI* ne soient pas significatifs : ($\beta = -.184$, $p = .139$), ($\beta = -.213$, $p = .93$), le score de *CE* s'avère un bon prédicteur de la gravité de la consommation de cannabis ($\beta = .413$, $p = .001$) et l'équation explique 16 % de la variance.

Analyse de variance

Afin de mieux comprendre comment les groupes Clinique et non Clinique se caractérisent, nous avons réalisé une analyse de variances de type « multivariée » en introduisant les trois types de *coping* comme variable dépendante. Le « groupe » (appartenance au groupe C ou NC), ainsi que la « dépendance » (appartenance au groupe D ou ND) ont été introduits comme facteurs. Le Tableau 52 présente les moyennes de chaque type de stratégies en relation avec

les groupes Clinique et Non Clinique ainsi qu'avec les sous-groupes Dépendants et Non Dépendants.

Tableau 52 : M et SD pour les trois types de coping dans les groupes Clinique et Non Clinique, avec distinction des sujets *Dépendants* et *non Dépendants*.

<i>Coping</i>	Groupe C N = 50		Groupe NC N = 60	
	Dépendants N = 31	Non dépendants N = 19	Dépendants N = 7	Non dépendants N = 53
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
<i>CA</i>	1.67 (.27)	1.70 (.27)	1.75 (.23)	1.84 (.25)
<i>CI</i>	2.09 (.22)	2.12 (.33)	1.84 (.20)	2.05 (.23)
<i>CE</i>	2.25 (.43)	1.98 (.48)	1.84 (.42)	1.63 (.26)

Le fait d'appartenir au *Groupe Clinique* ou *non Clinique* (facteur C/NC) s'avère être lié de manière significative au *CE* ($F(1/108) = 17.45, p = .001$) et *CI* ($F(1/108) = 5.640, p = .019$), et de manière non significative au *CA* ($F(1/108) = 3.33, p = .099$). Le fait d'être dépendant ou non au *cannabis* (facteur D/ND) est lié de manière significative au *CE* ($F(1/108) = 6.59, p = .012$) et non significatif aux *CA* ($F(1/108) = .923, p = .339$) et *CI* ($F(1/108) = 2.93, p = .089$). L'interaction des deux facteurs reste non significative pour les trois types de *coping* : *CA* ($F(1/108) = .129, p = .720$) ; *CI* ($F(1/108) = 1.79, p = .183$) et *CE* ($F(1/108) = .102, p = .750$).

Résumé

- Ces résultats montrent qu'il existe un lien entre le type de stratégies utilisé et la gravité de la consommation de *cannabis*, notamment avec les types *CI* et *CE*.
- Selon l'analyse incluant les interactions avec le facteur groupe (C/NC), le fait d'appartenir à un groupe Clinique ou non, a un certain poids sur cette relation.
- L'analyse de variances montre qu'il existe un lien entre le fait d'appartenir à un groupe Clinique ou Non Clinique et les stratégies d'évitement *CE* et de type *interne CI*.
- Le fait d'appartenir au groupe des Dépendants est seulement en lien avec le type de stratégies d'évitement *CE*.

4.6. Examen des hypothèses

L'hypothèse H6 postule une influence de *l'anxiété* sur la dépendance au *cannabis*. L'hypothèse H6a postule que *l'anxiété-TRAIT* discrimine les sujets Dépendants des sujets Non Dépendants, et l'hypothèse H6b postule que *l'anxiété-ETAT* ne discrimine pas ces deux catégories de sujets. Ces hypothèses sont confirmées. En effet, *l'anxiété-TRAIT* discrimine les sujets alors que *l'anxiété-ETAT* ne les discrimine pas.

L'hypothèse H7 postule un lien entre le type de stratégies de *coping* utilisé et la dépendance au *cannabis*. L'hypothèse H7a postule que les sujets dépendant utilisent davantage des stratégies de *coping d'évitement*. Les résultats montrent qu'il existe un lien entre les stratégies utilisées et la dépendance au *cannabis* mais ces liens sont influencés par le fait d'appartenir à une population clinique et par l'âge des sujets. L'hypothèse H7a est néanmoins confirmée. En effet, les sujets Dépendants utilisent davantage de stratégies de *coping d'évitement*. L'hypothèse H7b postule que les sujets Non Dépendants utilisent davantage de stratégies de *coping* actif et interne. Cette hypothèse est confirmée en partie. En effet, nous pouvons affirmer que les sujets Non Dépendants utilisent davantage de stratégies de *coping actif*, mais nous ne pouvons affirmer ceci en ce qui concerne les stratégies de *coping interne*. Ce type de stratégies est utilisé par les sujets Dépendants comme par les sujets Non Dépendants.

5. Discussion

L'objectif de l'étude III était d'évaluer l'impact de *l'anxiété* et des stratégies de *coping* sur la dépendance au *cannabis*, *l'anxiété* en tant que facteur interne au sujet et le *coping* en tant qu'ensemble d'actions et de cognitions permettant de changer ou supporter les situations anxiogènes. Nos hypothèses postulent qu'un haut niveau *d'anxiété-TRAIT* et l'utilisation abusive de stratégies de *coping d'évitement* ont une influence sur la dépendance au *cannabis*.

Les analyses ont confirmé le rôle attribué dans la littérature à *l'anxiété* et aux stratégies de *coping* dans l'installation de la dépendance au cannabis chez les adolescents. La comparaison entre les groupes Cliniques et Non Cliniques montre que les adolescents en *rupture scolaire* et de *liens sociaux* éprouvent davantage *d'anxiété* que les adolescents scolarisés et que leurs ressources pour faire face à l'adversité sont plus précaires. La situation de *rupture scolaire* et de *liens sociaux* constitue donc un terrain plus favorable à l'installation d'une dépendance au *cannabis*.

Afin d'obtenir davantage d'informations sur l'influence de *l'anxiété* et du *coping* sur la dépendance au *cannabis*, nous avons effectué des analyses en tenant compte non seulement de la division des sujets selon les groupes Cliniques et Non Cliniques, mais aussi de la division entre sujets Dépendant et Non Dépendants. Des sujets Dépendants au *cannabis* ont été identifiés parmi les adolescents du groupe Non Clinique et des sujets Non Dépendants parmi ceux du groupe Clinique⁵⁰. Il est à souligner que le groupe Clinique a été défini non pas en fonction d'une pathologie précise (troubles de l'humeur, du comportement, etc.) mais par le fait d'être en *rupture scolaire* ou de formation professionnelle et de se trouver dans l'impossibilité de renouer des liens avec les institutions de formation. Cette situation est la plupart du temps accompagnée de différents troubles psychologiques, ce qui peut complexifier l'interprétation des données.

Les hypothèses de cette Etude concernent la consommation dépendante au *cannabis* et ne s'intéressent que de manière indirecte à la consommation récréative de cette substance. La division des sujets en Dépendant et Non Dépendant, regroupe du côté des Non Dépendants,

⁵⁰ La nouvelle distribution des sujets est la suivante : 38 Dépendants (34,5 %) et 72 Non Dépendants (65,5 %). Les proportions de filles et garçons ressemblent à celles de la division Clinique/Non Clinique et les moyennes d'âge des sujets Dépendants et Non Dépendants est proche.

les adolescents non-consommateurs avec les adolescents ayant une consommation de type récréatif. En effet, différents auteurs soulignent l'importance de différencier les facteurs de risques et les conséquences sur le développement des différents types de consommation (Braconnier & Marcelli, 1998). Afin de couvrir tous les types de consommation, nous aurions pu faire trois groupes (non-consommateurs, consommateurs récréatifs et consommateurs dépendants), mais étant donné le faible nombre de sujets effectifs de notre échantillon, nos analyses auraient manqué de puissance.

Anxiété-ETAT et anxiété-TRAIT

L'évaluation de *l'anxiété* montre que le niveau *d'anxiété-TRAIT* est significativement plus élevé chez les sujets du groupe Clinique. Ces valeurs sont considérablement plus élevées que les normes proposées par l'auteur de l'instrument tant pour une population de lycéens que pour une population d'adultes souffrant de troubles psychologiques graves. Elles sont également plus élevées que les valeurs *d'anxiété* obtenues par des adolescents français consommateurs de cannabis dans une étude récente. Nous remarquons que les sujets du groupe Non Clinique obtiennent eux aussi des valeurs plus élevées d'anxiété-TRAIT que les populations de référence. Pour les adolescents du groupe Clinique, nous pouvons expliquer ceci par les caractéristiques propres au phénomène de la rupture de *liens sociaux*, à savoir la précarité et la faiblesse des ressources dont ils disposent pour affronter les défis développementaux. Un éventail restreint d'action face aux problèmes rencontrés augmente le niveau *d'anxiété*. En revanche, cette explication n'est pas pertinente pour les adolescents du groupe Non Clinique car ils ne se trouvent pas dans une situation de rupture de liens. Cependant, les adolescents de ce groupe ont manifesté des inquiétudes ainsi qu'un besoin d'aide par rapport à la vie scolaire. Ceci est sans doute en lien avec leur haut niveau *d'anxiété*. La littérature montre en effet que les exigences de l'école font partie des tâches développementales et qu'elles peuvent fonctionner comme source *d'anxiété* (Butters, 2001 ; Compas, *et al*, 2001 ; Plancherel, 1998 ; Seiffge-Krenke, 1990).

Concernant *l'anxiété-ETAT*, bien que les moyennes des sujets du groupe Clinique soient plus élevées que celles des normes proposées par l'auteur, ces différences sont moins importantes. Elles se justifient par la situation critique qu'ils traversent. Les sujets du groupe Non Clinique, par contre, ont des moyennes qui correspondent à celles des normes proposées.

Lorsque les sujets sont divisés en Dépendants et Non Dépendants, la différence entre les moyennes d'*anxiété-TRAIT* est significative alors que celle de *l'anxiété-ETAT* ne l'est pas. La moyenne des sujets Dépendants (M = 53.1) est plus élevée que celle des sujets du groupe Clinique (M = 50.86). Ce constat confirme le fait que la division des sujets en Dépendants et Non Dépendants constitue une piste intéressante pour la suite des analyses visant à déterminer le poids de *l'anxiété* sur la dépendance au *cannabis*.

Stratégies de coping

L'analyse descriptive des stratégies de *coping* permet d'identifier les stratégies les plus utilisées par les différents Groupes. Pour le groupe Clinique, les stratégies les plus utilisées sont dans l'ordre : *évitement* : « j'essaie de me défouler (en écoutant de la musique forte, en conduisant une moto, en dansant, en faisant du sport, etc...) » ; *interne* « Je me dis que de toute façon il n'y aura pas de problème » et *évitement* « J'essaye de ne pas penser au problème. Pour ceux du groupe Non Clinique, les stratégies les plus utilisées sont : *active* : « j'essaie de parler du problème avec la personne concernée » et *interne* : « je connais mes limites et les accepte » ; « je ne pense au problème que lorsqu'il se présente ». Les deux groupes se différencient considérablement tant par les valeurs des moyennes que par le type d'action privilégié. Contrairement à ce que relève la littérature (Bettschart, Bolognini, Plancherel, *et al.*, 1992 ; Seiffge-Krenke, 1994), les filles et les garçons de notre étude ne se différencient pas quant aux choix des stratégies de *coping*, ceci quelque soit le regroupement des sujets (Clinique / Non clinique ; Dépendant / Non Dépendant).

Les stratégies les plus utilisées par les sujets Dépendants sont : *évitement* : « j'essaie de me défouler (en écoutant de la musique forte, en conduisant une moto, en dansant, en faisant du sport, etc...) » ; « J'essaye de ne pas penser au problème » et *active* « J'essaye de parler du problème à la personne concernée ». Pour les sujets Non Dépendants, les plus utilisées sont : *Interne* « Je pense au problème et j'essaye de trouver différentes solutions » ; *active* : « j'essaie de parler du problème avec la personne concernée », et *interne* « Je connais mes limites et je les accepte ».

Les sujets appartenant au groupe Clinique et les sujets Dépendants utilisent des stratégies moins efficaces pour affronter ou résoudre les problèmes. Ceci nous permet d'affirmer que le

choix de stratégies de *coping* est en lien avec la problématique de rupture de *liens sociaux*, comme avec la problématique de dépendance au *cannabis*.

La stratégie *active*: « J'essaye d'obtenir de l'aide auprès des institutions (centres d'accueil, maisons de quartiers, orientation professionnelle, etc. ») se trouve parmi les stratégies les moins utilisées tant par le groupe Clinique que par le groupe Non Clinique. Ce constat peut être interprété comme un refus ou une méfiance des adolescents vis-à-vis des soins portés par les institutions et de l'aide proposée par les professionnels. Néanmoins, les comportements de provocation, de révolte et de rejet du monde des adultes font, comme on le sait, partie de l'adolescence. De plus, des adolescents se trouvant dans une situation de détresse peuvent aussi refuser davantage l'aide venant des adultes dans une tentative d'affirmation dans l'opposition.

Concernant les stratégies de type *interne*, les résultats montrent que ce type de stratégie ne discrimine pas les sujets et semble être utilisé de manière indifférenciée par l'ensemble des adolescents. Certains auteurs (Seiffe Krenke, 2000) ont tendance à rassembler les stratégies *interne* et les stratégies *d'action* sous le terme de « stratégies d'approche » en opposition aux stratégies *d'évitement*. Or, si nous observons la liste des stratégies de *coping internes* décrite par cet auteur, certaines de ces stratégies peuvent être comprises comme préparant le sujet à une réflexion qui le conduira à éviter le problème plutôt qu'à l'affronter. Par exemple : « Je m'attends au pire » ; « je ne pense au problème que lorsqu'il se présente » ou « je me dis que de toute façon il y aura toujours des problèmes ». Ce constat montre qu'il convient de maintenir les trois catégories dans les analyses.

Certains auteurs proposent de tenir compte des différentes situations dans lesquelles les stratégies de *coping* sont utilisées (avec la famille, les enseignants, les amis, etc.) (Cheng, 2003, Seiffge-Krenke, 1995). Dans la population de notre étude, les adolescents réagissent de manière similaire dans les différentes situations évaluées par l'instrument. En effet, les moyennes répertoriées selon les situations pour les trois types de stratégies, sont très proches et ne montrent pas de différences de choix selon les situations, ce qui met en évidence une certaine rigidité chez ces adolescents, dans la manière de faire face aux problèmes.

Anxiété et dépendance au cannabis

Nos hypothèses postulent que *l'anxiété-TRAIT* est en lien avec la chronicisation de la consommation de cannabis vers une dépendance. L'analyse de régression montre que la mesure de *l'anxiété-TRAIT* se comporte comme un bon prédicteur de la dépendance au cannabis et que l'appartenance au groupe Clinique ou Non Clinique a une influence sur cette relation. L'analyse de variances montre en revanche que le fait d'appartenir au groupe Clinique ou Non Clinique a moins d'incidence sur le score d'*anxiété-TRAIT* que le fait d'être Dépendant ou Non Dépendant. Ces résultats confirment l'hypothèse d'un lien de prédiction de *l'Anxiété-TRAIT* sur la gravité de la consommation de cannabis et relativisent le poids que peut avoir le fait d'appartenir au Groupe Clinique ou Non Clinique.

Coping et dépendance au cannabis

Nos analyses montrent que les corrélations entre le *coping d'évitement* et la gravité de la consommation de cannabis sont significatives pour l'ensemble de la population, même si quelques nuances apparaissent lorsque l'on sépare groupe Clinique du groupe Non Clinique. De même, les analyses de régression confirment que le *coping d'évitement* peut être considéré comme un prédicteur de la gravité de la consommation de cannabis pour l'ensemble de la population, même si cette relation n'est pas significative pour les sujets du groupe Clinique lorsque qu'ils sont considérés séparément. Ceci peut être expliqué par le fait que les sujets du groupe Clinique privilégient les stratégies *d'évitement* aux autres types de stratégies, qu'ils aient une problématique de dépendance au non. La dégradation de la qualité des *liens sociaux* et la *rupture scolaire* implique un appauvrissement des ressources pour affronter ou résoudre des problèmes. Le recours à l'utilisation des stratégies *d'évitement* est à mettre en relation avec une problématique plus large que celle de la dépendance au cannabis. Ces résultats nous permettent de signaler que le *coping d'évitement* concerne tant la *rupture scolaire* (et de *liens sociaux*) que la dépendance au cannabis.

L'analyse de variances confirme le lien significatif entre le choix des stratégies *d'évitement* et la dépendance au cannabis et montre que le fait d'appartenir à un groupe Clinique ou Non Clinique a un poids relativement important dans cette relation. Parallèlement, les analyses montrent que le *coping* de type *Interne* semble jouer un rôle dans cette relation, même si celui-ci est moins clair que pour les stratégies *d'évitement* ou de type *actif*. Une revue de la

littérature montre qu'il existe un lien entre l'utilisation des stratégies d'*évitement* et la consommation de substances psychoactives dont le *cannabis* (Wills *et al.*, 2001a). Nos résultats montrent que cette relation est particulièrement importante pour une population en *rupture scolaire* et de *liens sociaux*.

Nous pouvons conclure que *l'anxiété-TRAIT* et le *coping d'évitement* jouent un rôle important dans la gravité de la consommation de *cannabis* ainsi que sur le fait de devenir dépendant ou non à cette substance. Il est clair également que le fait d'appartenir au groupe Clinique ou au groupe Non Clinique influence cette relation mais ne semble pas avoir un impact déterminant. En revanche, la division des sujets en Dépendants et Non Dépendants permet d'élaborer de nouvelles pistes d'analyse. Ces constats nous ont conduit à utiliser un modèle d'analyse de prédiction excluant la division des sujets en groupes Clinique et Non Clinique afin de privilégier la division des sujets en Dépendants et non Dépendants.

Limites

Il semble important d'avoir une réflexion sur la qualité de la mesure d'anxiété recueillie par la version française du STAI. En effet, la traduction utilisée date de plus d'une décennie et n'est pas tout à fait adaptée au vocabulaire et au style langagier de la population adolescente de notre étude. Certains items ont surpris quelques peu les sujets qui ne sentaient pas toujours concernés par les formulations de certaines questions. De même, le fait qu'il s'agisse d'un auto-questionnaire, implique moins de contrôle de la part de l'évaluateur quant aux garanties de la qualité des réponses des adolescents. Un autre aspect dont il faut tenir compte avec ces questionnaires est celui de la désirabilité sociale. En effet, il est probable que certains sujets orientent leurs réponses dans le sens de ce qu'ils pensent que les évaluateurs veulent obtenir.

Les mêmes limites peuvent s'appliquer à la mesure du CASQ. A ces limites, s'ajoute le fait que le questionnaire CASQ est long et répétitif (les 20 stratégies sont répétées pour les 8 différents domaines) avec un effet potentiel sur la capacité de concentration des sujets. De plus, nous sommes conscients que parfois certains adolescents présentant une problématique psychique et sociale importante peuvent avoir une tendance à répondre à ce type d'item d'après un idéal et non selon une réalité objective.

CHAPITRE X

MODELES DE PREDICTION

Afin de construire un modèle prédictif de la dépendance au *cannabis* qui intègre les différentes hypothèses des études II et III, nous avons effectué des analyses incluant toutes les variables : les 2 mesures d'*anxiété* (*anxiété-TRAIT* et *anxiété-ETAT*), les 3 mesures de *coping* (*actif*, *interne*, *évitement*), les 4 mesures de *liens sociaux* (*famille*, *pairs*, *école*, *loi*) ainsi que les problèmes *psychologiques*. Nous avons réalisé d'abord une analyse de « régression logistique » et par la suite une analyse de type « modèle d'équation structurelle ».

1. Régression logistique

Pour la régression logistique séquentielle, nous avons introduit d'abord les deux mesures d'*anxiété* comme variables indépendantes, car nous nous attendions à un effet important apporté par cette variable, en particulier par *l'anxiété-TRAIT*. Nous pensons, en effet que cette dernière pourrait représenter un des meilleurs prédicteurs de la dépendance au *cannabis* chez l'adolescent. Les scores *coping actif CA*, *coping interne CI* et *coping d'évitement CE* ont été introduits par la suite. Les scores de gravité des domaines *famille*, *pairs*, *école* et *loi*, ont été introduits dans un troisième temps. Le score du domaine *psychologique* a été ajouté à l'équation à la fin, ceci dans le but d'investiguer l'impact des problèmes psychologiques sur la dépendance au *cannabis*.

Les résultats de la régression logistique séquentielle sont présentés étape par étape. Ils montrent qu'un modèle incluant *l'anxiété-TRAIT* et *l'anxiété-ETAT* est mieux ajusté aux données qu'un modèle sans prédicteurs ($\text{Chi}^2(2) = 14.671, p = .001$). Dans l'équation, l'apport de *l'anxiété-TRAIT* est significatif ($\beta = 12.830, p = .001$), mais celui de *l'anxiété-ETAT* est à peine tendanciel ($\beta = 3.507, p = .061$). Nous interprétons ce résultat comme le signe que *l'anxiété-TRAIT* contribue à distinguer d'une manière fiable les adolescents Dépendants des Non Dépendants. Ce premier modèle classe correctement 70.9 % des

individus de la population avec un taux de classement correct de 88.9 % pour les Non Dépendants et de 36.8 % pour les Dépendants. Enfin, l'examen de l'équation de régression indique que *l'anxiété-TRAIT* augmente significativement le risque (OR = 1.078) de la dépendance au *cannabis*. C'est-à-dire que pour chaque augmentation de 1 point de la mesure *d'anxiété-TRAIT*, la probabilité d'être dépendant augmente de 1.078.

L'introduction dans un deuxième temps du *coping* (*CA*, *CI* et *CE*) dans le modèle, améliore significativement l'équation ($\text{Chi}^2(5) = 52.020, p = .001$), signalant que le *coping* apporte un effet significatif dans la prédiction de la dépendance au *cannabis*. Les variables significatives dans ce modèle sont : *l'anxiété TRAIT* ($\beta = .061, p = .015$), le *CI* ($\beta = -2.118, p = .048$) et le *CE* ($\beta = 2.457, p = .001$). Ce modèle permet alors de classer 78.2 % des individus de la population avec un taux de classement correct de 84.7 % pour les non dépendants et de 65.8% pour les dépendants.

L'examen de la nouvelle équation de régression indique que *l'anxiété-TRAIT*, le *CE* et le *CI* se comportent comme de bons prédicteurs de notre variable dépendante, c'est-à-dire qu'ils augmentent significativement le risque de la dépendance, notamment le *coping d'évitement* (OR = 6.914).

Dans un troisième temps, l'introduction des quatre mesures sur la qualité des *liens sociaux* (ADAD : *famille, école, pairs, loi*) ainsi que la gravité du domaine *psychologique* (ADAD) améliore significativement l'équation ($\text{Chi}^2(10) = 65.099, p = .002$), signalant que la qualité des *liens sociaux* apporterait un effet significatif dans la prédiction de la dépendance au *cannabis*. Néanmoins, les nouvelles variables ne sont pas toutes significatives dans le nouveau modèle (cf. Tableau 54). *L'anxiété-TRAIT* perd son caractère significatif ($\beta = .039, p = .221$), le *CI* aussi ($\beta = -2.843, p = 1.140$), mais le *CE* ($\beta = 1.917, p = .023$) conserve sa significativité. Parmi les *liens sociaux*, seul le domaine *pairs* semble avoir un impact significatif sur la dépendance au *cannabis* ($\beta = .403, p = .033$).

Le modèle comprenant l'ensemble des variables sus-mentionnées permet alors de classer 85.5 % des individus de la population avec un taux de classement correct de 86.1 % pour les Non Dépendants et de 84.2 % pour les Dépendants (cf. Tableau 53).

Tableau 53 : Prédiction du statut de dépendance à partir de l'anxiété, du *coping* et la qualité des liens sociaux

Classification observée	Classification prédite		
	Non Dépendants N = 68	Dépendants N= 42	%
Non dépendants N = 72	62	10	86.1
Dépendants N = 38	6	32	84.2
%			85.5

Parmi les 72 sujets qui avaient été diagnostiqués comme Non Dépendants, 10 sont classés comme Dépendants par l'analyse. Parmi les 38 sujets qui avaient été diagnostiqués comme dépendants, 6 sont classés comme non dépendants par l'analyse.

Le Tableau 54 fournit les coefficients de régression, les statistiques de Wald, les Odds Ratios (OR)⁵¹ avec les intervalles de confiance (à 95 % CI des Odds Ratio) pour chacun des prédicteurs de la dernière étape de la régression logistique séquentielle.

Tableau 54 : Régression logistique

	β	Wald test	Signif.	Odds ratio	95 % CI des Odds Ratio	
<i>Anxiété ETAT</i>	-.028	.685	.408	.972	.909 à	1.040
<i>Anxiété TRAIT</i>	.062	2.102	.147	1.064	.978 à	1.157
<i>CA</i>	.502	.174	.677	1.652	.156 à	17.509
<i>CI</i>	-2.478	2.919	.088	.084	.005 à	1.440
<i>CE</i>	1.934	5.270	.022	6.914	1.327 à	36.035
<i>Ecole</i>	.049	.074	.786	1.050	.737 à	1.497
<i>Famille</i>	.393	3.356	.067	1.482	.973 à	2.257
<i>Pairs</i>	.421	4.846	.028	1.524	1.047 à	2.216
<i>Psychologique</i>	-.074	.132	.716	.928	.622 à	1.385
<i>Loi</i>	.125	.786	.375	1.133	.859 à	1.495

Paramètres du modèle	
<i>Chi</i> ²	65.099
<i>dl</i>	10
<i>p</i>	.001

⁵¹ Howell (1998) définit les Odds Ratio comme le rapport entre 2 Odds, à savoir la prise en compte de l'intersection entre 2 conditions. Le « Odds » représente la chance d'avoir telle caractéristique plutôt qu'une autre dans une condition donnée, par ex. la probabilité d'être coupable, versus non coupable dans la condition où la victime est considérée comme fautive. Les Odds Ratio représentent la probabilité d'être jugé coupable ou non coupable si la victime est considérée comme fautive, divisée par le même odds, si la victime est considérée comme non fautive. On dira donc, qu'un Odds Ratio de 4, signifie avoir 4 fois plus de chances d'être jugé coupable dans la condition A (la victime est considérée comme fautive) que dans la condition B (la victime est considérée comme non fautive).

Les résultats du test Wald sur ce modèle comprenant l'ensemble des prédicteurs (au terme des trois étapes) montre que, le *coping d'évitement CE* ainsi que la gravité des problèmes liés à la *famille* et aux *pairs* sont des prédicteurs fiables dans la dépendance au *cannabis*. L'*anxiété-TRAIT*, quant à elle, perd sa capacité prédictive quand elle est intégrée aux autres variables. Ces données indiquent que le risque d'être dépendant au *cannabis* est multiplié :

- par un coefficient de 1.524 pour chaque augmentation de 1 point dans l'échelle de gravité du domaine *pairs*,
- par un coefficient de 1.482 pour chaque augmentation de 1 point dans l'échelle de gravité du domaine *famille*,
- par un coefficient de 6,914 pour chaque augmentation de 1 point dans le score du *coping d'évitement CI*.

Compte tenu de ces analyses, nous avons effectué une nouvelle régression logistique directe, en ne gardant que les trois variables prédictrices mises en évidence lors des analyses précédentes et en les incluant toutes simultanément. Les paramètres de l'équation sont : $Chi^2(3) = 58,409$; $p = .006$. Cette fois, parmi les 72 sujets qui avaient été diagnostiqués comme Non Dépendants, 9 sont classés comme dépendants par l'analyse (87,5 %). Parmi les 38 sujets qui avaient été diagnostiqués comme Dépendants, 7 sont classés comme Non Dépendants par l'analyse (81,6 %).

Ces données indiquent que le risque d'être dépendant au *cannabis* est multiplié par un coefficient de 1.41 pour chaque augmentation de 1 point dans l'échelle de gravité du domaine *famille*, par un coefficient de 1.625 pour chaque augmentation de 1 point dans l'échelle de gravité du domaine *pairs*, et par un coefficient de 6.615 pour chaque augmentation de 1 point dans le score du *coping d'évitement CE* (cf. Tableau 55) .

Tableau 55 : Régression logistique avec 3 variables principales.

	β	Wald	dl	Signif.	Odds ratio	95 % CI des Odds Ratio	
						Inférieur	Supérieur
<i>famille</i>	.347	4.563	1	.033	1.414	1.029	1.944
<i>pairs</i>	.486	9.642	1	.002	1.625	1.196	2.208
<i>CE</i>	1.641	6.615	1	.010	5.161	1.478	18.028
Paramètres du modèle							
<i>Chi²</i>	65.099						
<i>dl</i>	10						
<i>p</i>	.001						

2. Modèle d'équations structurales

Afin de mieux comprendre les influences des variables sur la dépendance au *cannabis*, ainsi que les possibles influences entre ces variables, nous avons construit, à l'aide du logiciel de calculs statistiques AMOS, un modèle d'équation structurelle. L'objectif est de complexifier le modèle précédent en intégrant plusieurs niveaux d'analyse. En effet, le poids de certains prédicteurs comme *l'anxiété* varie selon le fait que ce dernier soit seul ou associé à d'autres prédicteurs. La nouvelle hypothèse qui se dessine alors situe *l'anxiété* comme un prédicteur ayant une influence sur la dépendance au *cannabis*, médiatisée par les autres prédicteurs, c'est à dire par le *coping* et les *liens sociaux*.

Le modèle d'analyse retenu construit des facteurs pour chaque groupe de variables, à savoir : le facteur 1, réunissant les deux mesures d'*anxiété* (*anxiété-TRAIT* et *anxiété-ETAT*) ; le facteur 2, réunissant les trois mesures de *coping* (*actif*, *interne* et *évitement*) et le facteur 3, réunissant les quatre mesures des *liens sociaux* (*famille*, *pairs*, *école*, *loi*) et les problèmes *psychologiques*.

Caractéristiques du modèle

Le Chi 2 est significatif, ce qui arrive souvent dans les modèles d'équations structurales, ceci étant dû souvent à la grandeur de l'échantillon. Les auteurs ont donné d'autres indices à prendre en considération.

- L'indice CMIN / DF (*goodness of fit*) : Si $\chi^2 / dl < 3$, certains auteurs (Wheaton Muthén, Alwin & Summers, 1977) disent que l'on peut accepter le modèle. Le CMIN/DF pour notre modèle est : $105.54 / 39 = 2.70$.
- L'indice CFI (*comparative fit index*) : Celui-ci varie entre 0 (très mauvais) et 1 (fit parfait), entre un modèle d'indépendance (aucune corrélation entre les variables) et un modèle saturé (avec 0 degré de liberté). Le CFI pour notre modèle est de .887
- RMSEA (*Root mean square error of approximation*) : Celui-ci doit être $> .08$. On recommande de ne pas accepter un modèle avec le $RMSEA < .10$. La valeur pour notre modèle est de .12

Nous pouvons conclure que notre modèle est acceptable. Il aurait été possible d'améliorer le *goodness of fit* en supprimant des prédicteurs ou en ajoutant des flèches représentant les relations directes entre les variables composant les facteurs et la consommation de *cannabis*, mais le but de notre démarche était de tenir compte de toutes les variables pour se faire une idée de leurs relations dans un modèle sensé.

Même si les indices d'ajustement ne sont pas optimaux, en particulier le RMSEA, nous pensons qu'ils sont suffisamment valides (compte tenu du CMN/DF) pour éclairer les rôles de *l'anxiété* et du *coping* dans la problématique de la *dépendance au cannabis*.

Résultats de l'analyse

La Figure 39 montre que le facteur 1 (*anxiété*) entretient une relation significative et négative avec le facteur 2, c'est-à-dire que plus le sujet est anxieux, plus il aura de difficulté à mettre en place des stratégies de *coping* positives. D'autre part, l'analyse révèle que le facteur 1 (*anxiété*) n'a pas d'effet direct sur la *dépendance au cannabis*, ni sur le facteur 3 (*liens sociaux*).

Le facteur 2 (*coping*) présente une relation également significative et négative avec le facteur 3 (*liens sociaux*), c'est-à-dire que plus le sujet a des difficultés à mettre en place des stratégies de *coping* positives, plus ses *liens sociaux* seront problématiques. Le lien direct entre le facteur 2 et la *dépendance au cannabis* est faible et non significatif.

Le facteur 3 (*liens sociaux*), quant à lui, entretient un lien direct, fort et significatif avec la dépendance au *cannabis*. On observe ainsi une influence de l'*anxiété* sur le *coping*, une influence du *coping* sur les *liens sociaux* et, enfin une influence des *liens sociaux* sur la dépendance au *cannabis*. Autrement dit, la relation entre l'*anxiété* (variable exogène) et la dépendance au *cannabis* se trouve médiatisée par l'influence du *coping* (facteur 2) et des *liens sociaux* (facteur 3).

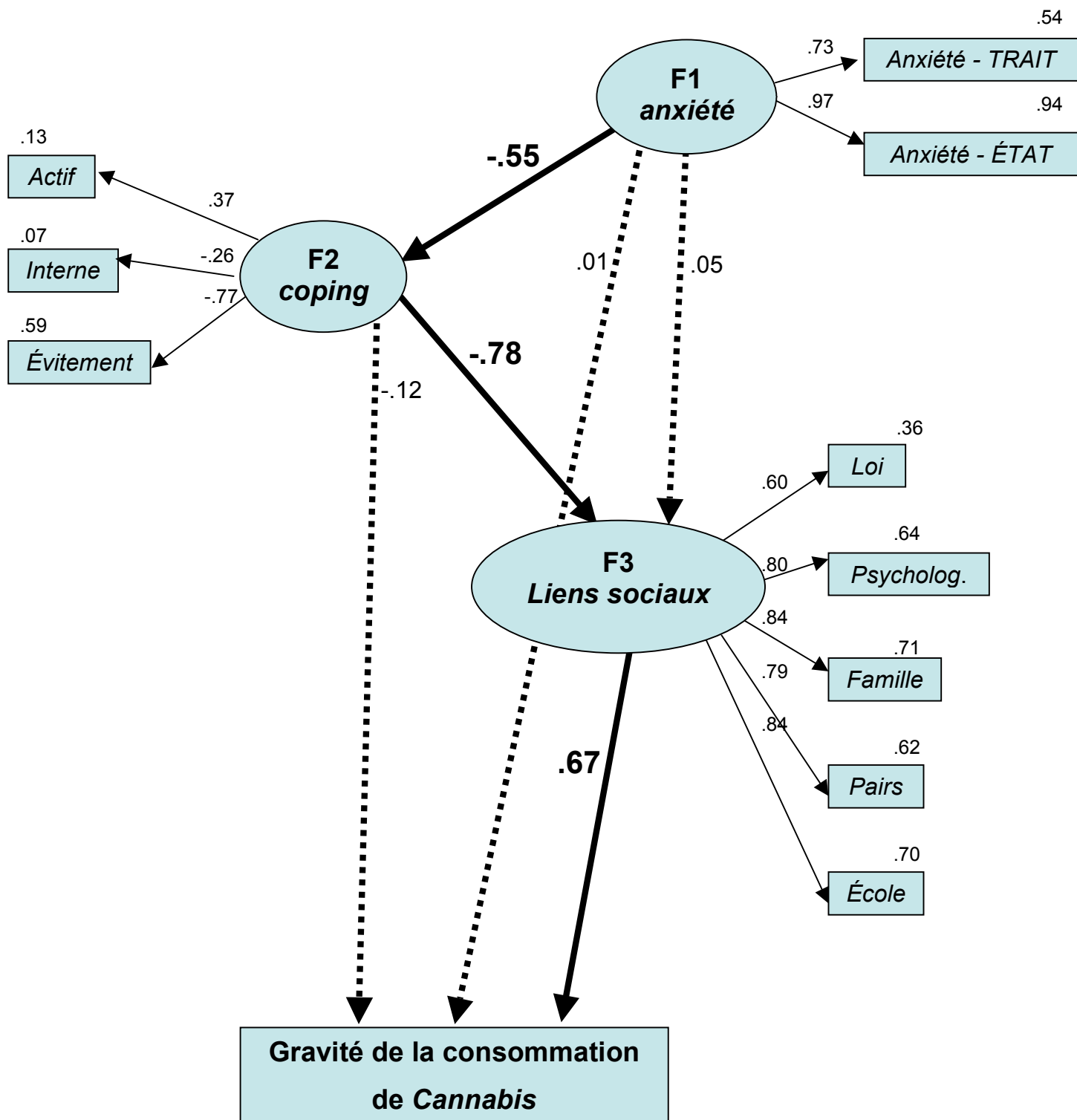


Figure 39 : Modèle d'équation structurale

3. Discussion

Les analyses réalisées ont permis de mettre en relation l'ensemble des variables des Etudes II et III afin de montrer le caractère multifactoriel du phénomène de dépendance au *cannabis*.

L'analyse de régression logistique montre l'importance majeure du *coping d'évitement* dans le phénomène de dépendance au *cannabis*. En effet, ces analyses soulignent que cette variable est un puissant prédicteur de la gravité de la consommation de *cannabis*, même si dans les analyses précédentes (Etude III) le pouvoir de prédiction de celle-ci, était moins clair. Les *liens sociaux* sont également à prendre en compte, en particulier les relations aux *pairs* et à la *famille*. En revanche, le poids de *l'anxiété-TRAIT* semble être relatif. En effet, nous pensions qu'il s'agissait d'une variable prédictive de taille, mais les résultats montrent que son influence est moins claire et que sa significativité dans les analyses varie selon la présence ou l'absence d'autres facteurs.

L'analyse d'équation structurale apporte un autre éclairage sur le rôle de *l'anxiété*. En effet, cette analyse montre que *l'anxiété* a une influence sur la dépendance au *cannabis* mais que cette influence est indirecte. Le modèle d'équation structurale met en évidence un lien significatif entre *l'anxiété* et les variables mesurant les facteurs externes en lien avec la gravité de la consommation. Ce modèle d'équation structurale montre également une influence claire de *l'anxiété* sur le *coping*. Celui-ci exerce à son tour une influence sur la qualité des *liens sociaux* et la qualité de ces liens a un poids sur la gravité de la consommation de *cannabis*.

Ces résultats confirment notre hypothèse théorique générale selon laquelle la dépendance au *cannabis* est le résultat de l'intervention de différents facteurs au cours d'un parcours développemental liés entre eux : certains de ces facteurs peuvent être considéré comme des facteurs externes (la qualité des *liens sociaux* ainsi que la manière dont il fait face aux difficultés, stratégies de *coping*), d'autres peuvent être considérés comme des facteurs internes (*l'anxiété*).

CHAPITRE XI

CONCLUSIONS

Les principaux objectifs de ce travail étaient d'étudier les éléments internes et externes à l'individu impliqués dans le processus qui conduit un adolescent consommateur de *cannabis* à devenir dépendant à cette substance. Les différentes recherches montrent que si certains adolescents deviennent dépendants, d'autres consomment du *cannabis* sans pour autant développer une dépendance à cette substance. Afin de répondre à cette question, nous avons mis en place un plan expérimental divisé en trois études et considérant la consommation de *cannabis* de manière spécifique, différencié des autres substances et en distinguant la consommation récréative de la consommation dépendante. L'objectif principal était d'étudier l'impact de certains facteurs de risques de la dépendance au *cannabis* mentionnés dans la littérature, sur l'installation de ce comportement, en les intégrant dans une approche multifactorielle qui tienne compte du processus développemental (*parcours scolaire* et *parcours soins*).

Les résultats des trois études ont permis d'avoir accès à différents éléments externes et internes impliqués dans le phénomène de dépendance au *cannabis*. La revue de la littérature montre que certains travaux expliquent la consommation dépendante de *cannabis* comme une tentative de régulation d'une tension interne, la consommation de *cannabis* ayant pour but d'apaiser cet état. Néanmoins, la plupart de ces travaux n'expliquent ni les origines de cette tension ni les raisons qui conduisent un adolescent à avoir recours au *cannabis* pour apaiser cet état au lieu d'utiliser d'autres moyens moins nocifs. L'étude sur les *parcours scolaires* et les *parcours de soins*, sur la qualité des *liens sociaux*, sur *l'anxiété* et sur le *coping* a permis d'éclaircir ces points.

L'objectif spécifique de l'Etude I était d'étudier les *parcours scolaires* et de *soins* des adolescents en *rupture scolaire* et de *liens sociaux*, à travers l'analyse des dossiers de l'Institution dans laquelle ils étaient pris en charge. Ceci afin d'avoir une vision plus large de

l'évolution des différents problèmes qu'ont rencontré ces adolescents au cours de leur vie, avant de se trouver dans une situation de *rupture scolaire*, de *liens sociaux*, et pour beaucoup d'entre eux de dépendance au *cannabis*.

L'étude des *parcours* montre que les adolescents se trouvant dans une problématique de rupture de *liens sociaux*, sont concernés par la problématique de consommation et de dépendance au *cannabis*. Ils n'ont pas pu construire au cours de leur développement, des bases solides leur permettant d'avoir à leur disposition des ressources variées et performantes pour affronter les défis développementaux propres à l'adolescence. En effet, l'analyse de leurs *parcours scolaires* montre qu'ils n'ont pas pu bénéficier d'un processus d'apprentissage stable leur permettant d'élaborer des ressources de types cognitifs. Le fait de se trouver en situation de rupture vient confirmer cette affirmation et ne peut que pénaliser davantage leur développement. Certains travaux montrent que la possibilité d'élaborer des perspectives d'avenir, notamment des projets professionnels, est essentielle pour le développement des adolescents (Apostolidis, *et al.*, 2006). La situation de rupture scolaire empêche cette élaboration et rend l'adolescent plus vulnérable à l'apparition de certaines pathologies comme la dépendance au *cannabis*.

L'étude des *parcours de soins* nous permet de répertorier chez ces adolescents un grand nombre d'interventions ayant eu lieu dès la petite enfance et jusqu'à l'adolescence. Les interventions psychologiques sont nombreuses et une analyse plus précise (« Optimal Matching ») a permis de mettre en évidence deux profils de parcours différents : Pour certains adolescents, les interventions commencent très tôt dans l'enfance, ce qui confirme que les troubles psychiques ainsi que les problèmes avec l'entourage social existent depuis leur plus jeune âge et que ceux-ci se sont aggravés lors de l'adolescence. Pour d'autres sujets, bien qu'il existe quelques interventions de soins lors de l'enfance, elles sont nettement plus importantes lors de la préadolescence et de l'adolescence. Ceci met en évidence le fait que pour certains individus, la période de l'adolescence avec ses tâches développementales joue un rôle très important dans le déclenchement d'une rupture avec l'entourage social et le développement de troubles psychiques. En ce qui concerne la consommation de *cannabis* des adolescents, les analyses montrent qu'elle concerne les sujets des deux groupes sans donner davantage de précisions quant à sa gravité. Des études longitudinales permettraient de mieux connaître les différentes relations entre ces éléments.

L'objectif spécifique de l'Etude II était d'évaluer l'incidence de la qualité des liens que les adolescents établissent avec leur entourage social sur la gravité de la consommation de *cannabis*. Nous avons comparé une population d'adolescents en *rupture scolaire* et de *liens sociaux* avec une population d'adolescents scolarisés. Des analyses complémentaires sur les *modèles internes d'attachement* comme une évaluation des représentations des premiers liens ont été réalisées auprès des sujets en situation de *rupture scolaire*. Les hypothèses de l'Etude II postulent que les *liens sociaux* (*famille, pairs, école*), les comportements délinquants et les problèmes psychologiques ont une influence sur la gravité de la consommation de *cannabis*. Concernant les *modèles internes d'attachement*, nos hypothèses postulent que la gravité de la consommation de *cannabis* est associée de préférence au *modèle interne d'attachement* de type « *insécure* » .

Les analyses sur la qualité des *liens* que l'adolescent a pu construire avec sa *famille*, avec les *pairs* et avec *l'école*, montrent que la qualité de ces *liens* a un impact sur la gravité de la consommation de *cannabis*. La qualité des relations aux *pairs* est celle dont l'influence apparaît le plus clairement. Les relations à la *famille* et à *l'école* ne se comportent pas dans nos résultats comme des prédicteurs à eux seuls de la gravité de la consommation de *cannabis*, mais les données laissent apparaître qu'elles y participent de manière indirecte. Les résultats montrent également qu'il est difficile d'isoler l'un de ces *liens* des autres car ils sont imbriqués intimement et s'influencent mutuellement. Ces liens définissent l'entourage social, qu'il convient de considérer alors comme un ensemble.

Ces résultats nous permettent de confirmer que la rupture des *liens sociaux* ne se produit pas comme un événement isolé, mais qu'elle est l'aboutissement d'un processus de dégradation progressive de ces *liens*. Une mauvaise qualité de relations avec l'entourage socio-affectif est la conséquence d'un *parcours* semé de situations qui ont empêché un développement harmonieux. Les comportements déviants et la délinquance sont en effet davantage présents lorsque les *liens sociaux* n'ont pas fonctionné comme des repères au cours du développement. Cette dégradation progressive a également une influence sur la gravité de la consommation de *cannabis*. D'autre part, nous avons observé qu'il existe souvent une certaine indifférence des personnes qui entourent ces adolescents, vis-à-vis des difficultés auxquelles ils sont confrontés, ce qui aggrave la situation de manque de repères. Afin d'approfondir l'évaluation des relations que l'adolescent établit avec son entourage, il serait intéressant d'utiliser des

instruments tels que le « *Family Network* » (Widmer & La Farga, 2000), nous informant davantage sur la structure et la dynamique de ces relations.

Le développement, en ce qui concerne le contexte social de l'individu, implique différentes périodes de séparations. Nous avons signalé que parmi les tâches développementales de l'adolescent, le processus de séparation d'avec la famille est central (Seiffge-Krenke, 2006). Quand ces processus se déroulent harmonieusement, cela révèle que les adolescents sont préparés à accomplir d'autres tâches telles que l'intégration sociale, le choix d'un partenaire et la mise en place d'un projet professionnel. Quand les séparations ne se déroulent pas selon un processus harmonieux et progressif mais sont la conséquence d'une rupture, celle-ci sans possibilité d'élaboration psychologique, l'avenir du sujet est compromis.

L'objectif spécifique de l'Etude III était d'évaluer les niveaux *d'anxiété* issus des défis développementaux et des événements de vie négatifs des adolescents, ainsi que la gestion de cette *anxiété* à travers les stratégies de *coping*. A partir de cette évaluation, nous avons cherché à déterminer l'incidence du niveau *d'anxiété* et du choix des stratégies de *coping* sur l'installation d'une dépendance au *cannabis*. Nous avons comparé une population d'adolescents en rupture scolaire et de *liens sociaux* avec une population d'adolescents scolarisés. Les hypothèses de l'Etude III postulent qu'un haut niveau *d'anxiété-TRAIT* et le choix privilégié de stratégies d'« *évitement* » ont une influence sur l'installation d'une consommation dépendante au *cannabis*.

La situation de précarité au niveau des *liens sociaux*, résultat d'un parcours développemental chaotique, a pour conséquence de soumettre davantage les adolescents à des états de tension interne, clairement reflétés par le haut niveau *d'anxiété* retrouvé chez les adolescents déscolarisés et en rupture de *liens sociaux*. Ce haut niveau *d'anxiété* se retrouve également chez les adolescents dépendants au *cannabis*, ce qui nous amène à penser que la situation de rupture de *liens sociaux* prédispose de manière particulière à développer une dépendance à cette substance, bien que celui-ci ne soit pas le seul terrain propice.

L'étude sur les stratégies de *coping* nous a aidé à comprendre comment les adolescents gèrent leurs tensions internes en relation aux tâches développementales. Lorsque les parcours développementaux sont chaotiques et que les liens avec le contexte socio-affectif sont précaires, les individus ont tendance à privilégier les stratégies *d'évitement*. En effet, ils ne disposent que de peu de ressources efficaces et ajustées pour affronter les situations

problématiques rencontrées. Le fait de privilégier les stratégies *d'évitement* participe alors à l'aggravation des états internes, exprimée par une augmentation du niveau *d'anxiété*. Les sujets dépendants au *cannabis* privilégient aussi les stratégies de *coping d'évitement*. Nos résultats confirment donc l'idée selon laquelle la consommation de *cannabis*, chez les sujets dépendants à cette substance, a pour fonction de réduire les tensions internes. Ainsi, nous pouvons conclure que l'utilisation abusive des stratégies *d'évitement* instaure aussi un terrain propice à l'installation d'une dépendance au *cannabis*.

La plupart des hypothèses de la recherche sont confirmées. L'influence du contexte social est confirmée par les résultats, bien qu'elle soit complexe et qu'elle s'exprime de différentes manières. Les modèles de prédictions montrent que *l'anxiété* joue un rôle important même si ce rôle est parfois indirect. Les stratégies de *coping d'évitement* sont impliquées clairement dans l'installation de la dépendance au *cannabis*. Par contre, l'influence des *modèles internes d'attachement* est moins nette et nous ne pouvons pas confirmer l'existence d'un lien entre ceux-ci et la consommation de *cannabis*. Néanmoins, pour approfondir l'étude de cette relation, il serait judicieux de mettre en place des plans expérimentaux multifactoriels et longitudinaux tels que les travaux effectués par Bosquet & Egeland (2006). Ces études montrent que l'influence des *modèles internes d'attachement* sur le développement d'une pathologie donnée, peut être indirecte et cachée par d'autres facteurs intervenant dans ce processus. Selon ces auteurs, les différents éléments signalés comme des facteurs de risque d'une pathologie donnée peuvent avoir une valeur différente selon les sujets et selon les trajectoires développementales dans lesquelles ils s'inscrivent.

Ce travail nous a tout d'abord confirmé que la dépendance au *cannabis* est un phénomène d'une si grande complexité qu'il est vain de tenter une conclusion exhaustive au terme de cette recherche. Nous pouvons confirmer néanmoins l'hypothèse théorique selon laquelle l'installation de la dépendance au *cannabis* est un phénomène relevant de différents facteurs externes et internes à l'individu.

La précarité des *liens* affectifs et sociaux, conséquences d'un parcours développemental chaotique, constitue un terrain de vulnérabilité que la période de l'adolescence peut aggraver. Ce terrain s'avère propice au développement de différents troubles. L'association entre un parcours développemental chaotique et une qualité de liens précaires peut avoir pour conséquence un haut niveau *d'anxiété*. Pour apaiser cette *anxiété* le sujet cherche à éviter les situations problématiques et consomme du *cannabis*. Ces stratégies sont déficitaires et ne

permettent pas au sujet d'avancer dans son *parcours* développemental. En effet, ni les stratégies *d'évitement* ni la consommation de *cannabis* vont aider les adolescents à renouer des liens avec leur entourage social et notamment avec une filière de formation.

Il est difficile néanmoins d'avoir une réflexion linéaire sur cette problématique et nous préférons nous exprimer en termes de « causalité circulaire » : La précarité des ressources internes et externes favorise l'utilisation de stratégies *d'évitement* et instaure un terrain propice à la consommation de cannabis pour gérer les tensions internes. Ceci participe à une aggravation de la précarité des *liens* et des ressources. En l'absence d'utilisation d'autres ressources pour gérer ou évacuer les tensions, la consommation de *cannabis* aura tendance à évoluer vers une dépendance.

Les conclusions de ce travail de recherche rappellent l'importance de ne pas négliger les dangers de la consommation de cannabis sur le développement de l'adolescent. De véritables campagnes de préventions, créatives et ajustées aux adolescents, doivent être mises en place. Il est indispensable que ce phénomène soit une des principales préoccupations non seulement des cliniciens mais aussi des institutions de santé publique afin de ne pas passer à côté d'un problème grave qui concerne directement l'avenir des adolescents.

Implications Cliniques

La consommation de *cannabis* et plus particulièrement la dépendance à cette substance sont devenus des points incontournables dans le travail clinique avec les adolescents. L'étude d'une population clinique, bien que présentant des limitations particulières, nous permet d'avancer dans la compréhension de ce phénomène afin de mieux aider ces adolescents à faire en sorte que leur développement ne soit pas pénalisé davantage. Une approche tenant compte des *parcours* développementaux ainsi que de la qualité des *liens* construits avec l'entourage socio-affectif, nous renseigne sur les éléments se trouvant à l'origine de ces troubles. Ceci nous permet, dans les consultations, d'avoir une compréhension plus large des situations ainsi que des ressources disponibles chez les adolescents pour faire face aux problèmes. Il est nécessaire d'identifier l'origine des états de tension, d'anxiété, d'angoisse dans le processus développemental, afin de mieux comprendre les problèmes et les symptômes actuels. D'autre

part, il est important de saisir quelles sont les capacités dont les adolescents disposent pour gérer leurs relations et leurs états internes.

Cette recherche montre que la dépendance au cannabis est un phénomène intimement lié à la manière dont le sujet est en relation avec son entourage. Prendre en compte cette relation s'avère incontournable dans le travail clinique auprès d'adolescents dépendants au *cannabis*. Un des objectifs principaux de ce travail doit être de conduire ces adolescents à renouer avec les *liens sociaux* dans leur ensemble afin de permettre l'accès à la construction de nouvelles ressources pour faire face à l'adversité.

Pour atteindre cet objectif, l'évaluation des adolescents lors de leur admission dans une institution de soins s'avère essentielle. Pour cela, le clinicien doit chercher les moyens et les instruments les plus ajustés à chaque individu pour réaliser une évaluation de sa consommation de *cannabis* ainsi que de la qualité de ses *liens sociaux*. Par exemple, en ce qui concerne les relations familiales, il est important de pouvoir comparer des données simples issues des questionnaires tels que l'ADAD, avec des données plus complexes issues des instruments tels que le « FAST » (Gehring & Wyler, 1986) ou le « Family Network » (Widmer & La Farga, 2000). Ces instruments permettent en effet de récolter plus d'informations sur la structure et le support familial ainsi que d'obtenir une visualisation dynamique des relations et des configurations de la famille à un moment précis.

Lorsqu'une évaluation aboutit à une indication de soin thérapeutique, les interventions, tout en restant rigoureuses, doivent avoir un cadre souple et être créatives. Les adolescents en rupture scolaire et de liens sociaux éprouvent souvent beaucoup d'*anxiété* et refusent la plupart du temps de reconnaître qu'ils ont besoin d'être aidé. Nous avons également appris que la consommation abusive et dépendante de *cannabis* avait pour but d'apaiser leur *anxiété*. Or, si dans le travail clinique, on prétend intervenir directement sur cette consommation, ceci peut être vécu par les adolescents comme une attaque contre l'un des seuls mécanismes qu'ils possèdent pour apaiser des états internes négatifs, ce qui ne fait alors qu'augmenter leur *anxiété*. Il est important alors de pouvoir intervenir sur la consommation de *cannabis* de manière indirecte en proposant à l'adolescent des moyens à travers lesquels il puisse s'exprimer librement. Le Centre de jour dans lequel nous avons effectué cette recherche a mis en place une méthode « psychopédagogique » qui permet à ces adolescents d'élaborer certains aspects de leurs problématiques sociales ainsi que leur consommation de *cannabis*. Il est demandé aux adolescents pris en charge dans l'Institution de réaliser, avec l'aide des

éducateurs, un court-métrage appelé « autoportrait », dans le but de se présenter. La plupart des adolescents dépendant au *cannabis* refusent au début du travail de parler directement de leur consommation. Néanmoins, le caractère ludique du projet ainsi que le suivi thérapeutique mis en place permettent ensuite que la consommation de *cannabis* devienne souvent l'un des sujets principaux de leur film. Ceci favorise un travail de réflexion et d'élaboration sur la problématique de dépendance au cannabis lors du suivi psychologique de l'adolescent.

Ce type de projet (l'autoportrait) constitue un moyen efficace dans le processus de soin auprès des adolescents en *rupture scolaire* et dépendants au *cannabis*. Il existe certainement d'autres méthodes et d'autres outils à développer dans l'avenir. L'attitude des professionnels travaillant avec ces populations, tout en conservant une méthode rigoureuse, doit être guidée par un sens imaginatif et créatif permettant la souplesse et l'ajustement nécessaire à chaque situation clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, A., & Hrycak, A. (1990). Measuring Resemblance in Sequence Data: An Optimal Matching Analysis of Musicians' Careers. *American Journal of Sociology*, 96 (1), 144 – 185.
- Abrams, D. I., Jay, C. A., Shade, S. B., Vizoso, H., Reda, S., Press, M. E., et al. (2007). Cannabis and painful HIV-associated sensory neuropathy: A randomized placebo controlled trial. *Neurology*, 68, 515-21.
- Adams, I., & Martin, B. R. (1996). Cannabis: Pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction*, 91, 1585-1614.
- Ainsworth, M. D. (1974). Mother-Infant Attachment and Social Development. In M. Richards (Ed), *The Integration of the Child into the Social World* (pp. 95–135). Cambridge: Cambridge University Press.
- Alexander, B. K. (2000). The globalisation of Addiction. *Addiction Research*, 37(8), 501-526.
- Allen, J. P., Hauser, S. T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64(2), 254-263.
- Allen, J. P., Kuperminc, G. P., & Moore, C. M. (1997). Developmental approaches to understanding adolescent deviance. In S.S. Luthar, A. Burack, D. Cicchetti, & J. Weisz, (Eds), *Developmental Psychopathology: Perspective on Risk and Disorder* (pp. 548-567). Cambridge: Cambridge University Press.
- Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G., Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child-Development*, 69(5), 1406-1419.
- Allen, J. P., & Land, D. (2002). Attachment in adolescence and adulthood. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 319–335). New York, NY: Guilford.
- Alsaker, F. D. & Kroger, J. (2006). Self concept, self-esteem, and identity. In S. Jackson, & L. Goossens (Eds), *Handbook of Adolescent Development* (pp. 90-117). New York, NY: Psychology Press.
- Altshuler, J., & Ruble, D. (1989). Developmental Changes in Children's Awareness of Strategies for Coping with Uncontrollable Stress. *Child Development*, 60, 1337-1349.
- Andrews, J. A., Tildesley, E., Hops, H., & Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*, 21, 349–357.
- Annis, H., & Watson, C. (1975). Drug use and School dropout: A longitudinal study. *Canadian Counsellor*. 9(3-4), 155-162.
- Apostolidis, T., Fieulaine, N., & Soulé, F. (2006). Future Time perspective as predictor of cannabis use : Exploring the role of substance perception among French adolescents. *Addictive Behaviors*, 31, 2339-2343.
- Arehart-Treichel, J. (2007). Social anxiety in teenagers raises substance-Abuse Risk. *Psychiatric News*, 42, 11-15.

- Armstrong, J. G., & Roth, D. M. (1989). Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 8(2), 141-155.
- Ashton, H. (2002). Cannabis or health? *Current Opinion in Psychiatry*, 15(3), 247-253.
- Atkinson, L., & Goldberg, S. (2004, eds). *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Aviezer, O., Resnick, G., Sagi, A., & Gini, M. (2001). School competence in young adolescence: Links to early attachment relationships beyond concurrent self-perceived competence and representations of relationships. *International Journal of Behavior Development*, 26(5), 397-409.
- Auckenthaler, Bertrand. 2007. L'autoportrait et les représentations de soi chez des adolescents en rupture de liens sociaux : Recherche exploratoire. FPSE. Université de Genève.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P.B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. In W. Damon, & R. M. Lerner (Eds), *Handbook of child psychology : vol. 1. Theoretical Models Of Human Development* (pp. 1029–143). 5th edition, New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bates, M. E., & Labouvie, E. W. (1997). Adolescent Risk Factors and the Prediction of Persistent Alcohol and Drug Use into Adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(5), 944-950.
- Baumann, K. E., & Ennett, S. T. (1994). Peer influence on adolescent drug use. *American Psychologist*, 1(49), 820-831.
- Beck, R. C. M. (2004). *Motivation. Theories and Principles*. New Jersey, NJ: Upper Saddle River.
- Benoit, D., & Parker, K. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*. 65, 1444–1456.
- Bettschart, W., Bolognini, M. & Plancherel, B. (1991). Validation du questionnaire de Goldberg (General Health Questionnaire, GHQ) dans un échantillon de population âgé de 20 ans. *Psychologie Médicale*, 23(9), 1059-1064.
- Bettschart, W., Bolognini, M., Plancherel, B., Nunez, R., & Leidi, C. (1992). Événements de vie et santé psychique à la pré-adolescence : Rôle du support social. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 40, 421-430.
- Beyer, C. M. (2003). Adolescent psychoactive substance use and attachment style. *Dissertation Abstracts-International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63(12-B), 6119.
- Bobodilla, L., & Taylor, J. (2007). Relation of physiological reactivity and perceived coping to substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 32, 608-616.

- Boekaerts, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. In M. Zeidner, & N. Endler (Eds), *Handbook of Coping : Theory, Research, Applications* (pp. 452-484). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bolognini, M., Plancherel, B., & Halfon, O. (1996). Life events and daily hassles : what impact on mental health in early adolescence ? In L. Verhofstadt-Denève, I. Kienhorst, & C. Braet (Eds), *Conflict and development in adolescence*. Leiden University, The Netherlands : DSWO Press.
- Bolognini, M., Plancherel, B., & Halfon, O. (1998). Tracas quotidiens et santé à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et l'Adolescence*, 46(5-6), 297-306.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Chinet, L., Rossier, V., Cascone, P., *et al.* (2001). Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers. *Addiction*, 96(10), 1477-84.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Chinet, L., Rossier, V., Cascone, P., & Bernard, M. (2002). *Suivi d'adolescents abuseurs et dépendants de substances : une étude longitudinale*. Rapport du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Lausanne : Office Fédéral de la Santé Publique (réf. 316.98.8108).
- Bosquet, M., & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, 18, 517-550.
- Bourguignon, L., & Piedinielli, J.-L. (2000). Anxiété-Angoisse. In D. Houzel, M. Emmanuelli, & F. Moggio (Eds), *Dictionnaire de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent* (pp. 59). Paris: PUF.
- Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte*. Paris: PUF.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base : Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.
- Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1991). Psychiatric disorder and substance use in adolescence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 699-705.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y. A., Fleming, J. E., Szatmari, P., & Links, P.S. (1993). Predicting substance abuse in early adolescence based on parent and teacher assessments of childhood psychiatric disorder: Results from the Ontario Child Health Study follow-up. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 34(4), 535-544.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (1998). *L'adolescence aux mille visages*. Paris : Odile Jacob.
- Bray, J. W., Zarkin, G. A., & Ringwalt, C. (2000). The relationship between marijuana initiation and dropping out of high school. *Journal of Health Economics*, 9, 9-18.
- Brook, J. S., Whiteman, M., Finch, S., & Cohen, P. (1995). Aggression, intrapsychic distress, and drug use: Antecedent and intervening processes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(8), 1076-1084.
- Brown, L. S., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(4), 351-367.
- Brown, S.A. (1989). Life Events of Adolescents in Relation to Personal and Parental Substance Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 484-489.

- Brown, S. A., Mott, M. A., & Myers, M. G. (1990). Adolescent alcohol and drug treatment outcome. In R.R. Watson (Ed), *Drug and Alcohol Abuse Prevention. Drug and Alcohol Abuse Reviews* (pp. 373-403). Clifton, NJ : Humana Press, Inc.
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Bobadilla, L., & Taylor, J. (2005). Social anxiety and problematic cannabis use : Evaluating the moderating role of stress reactivity and perceived coping. *Behavior Research and Therapy*, *44*, 1007-1015.
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C., & Lewinsohn, P. M. (2007). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, *Article in press*.
- Budney, A. J., & Moore, B. A. (2002). Development and Consequences of Cannabis Dependence. *Journal of Clinical Pharmacology*, *42*, 28-33.
- Bukstein, O., Brent, D., & Kaminer, Y. (1989). Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 1131-1141.
- Burcu, E. (2002). Alcohol and Drug Use in Youth Apprentices: Effect of Social Control in the Family. *Journal of Youth and Adolescence*, *32*(4), 291-299.
- Butters, J. E., (2001). Understanding Adolescent Cannabis Use: A Stress Process Model Application. Doctoral dissertation, Université de Toronto, Canada.
- Butters, J. E., (2002). Family stressors and adolescent cannabis use: Pathway to problem use. *Journal of Adolescence*, *25*, 645-654.
- Cappel, H., & Greeley, J. (1987). Alcohol and tension reduction. In H. T. Blane, & K. E. Leonard (Eds), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism* (pp. 15-54). New York, NY: Guilford.
- Carlson, E. A., & Sroufe, L. A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds), *Developmental Psychopathology: Vol. 1. Theory and Methods* (pp. 581-617). New York, NY: Wiley.
- Carney, M. A., Armeli, S., Tennen, H., Affleck, G., & O'Neol, P. (2000). Positive and negative daily events, perceived stress and alcohol use : a diary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(5), 788-798.
- Cascone, P., Auckenthaler, B., Garcia, M., Liegme, N. (2007). L' « atelier autoportrait avec accompagnement psychopédagogique », un outil thérapeutique efficace dans le traitement d'adolescents dépendants au cannabis et en rupture de liens sociaux. In : Chinet, L & Streel E. *Cannabis : aspects contemporains liés à la prise en charge*. Bruxelles: In press.
- Cascone, P. (2001) La consommation de substances psychoactives chez l'adolescent: Relations avec le stress socio-affectif. FPSE. Mémoire de DESS. Université de Genève.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Cameron, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., *et al.* (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in catechol-O-methyltransferase gene. Longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biological Psychiatry*, *57*, 1117-1127.
- Chabrol, H., Chauchard, E., Mabila, J. D., Mantoulan, R., Adèle, A., & Rousseau A. (2006). Contributions of social influences and expectations of use to cannabis use in high-school students. *Addictive Behaviors*, *31*(11), 2116-9.
- Chabrol, H., Chauchard, E., & Girabet, J. (2007). Cannabis use and suicidal behaviors in high-school students. *Addictive Behaviors. Article in press : Accepted manuscript*.

- Chen, K., Kandell, D.B., & Davies, M. (1997). Relationships between frequency and quality of marijuana use and last year proxy dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 46, 53-57.
- Cheng, C. (2003). Cognitive and Motivational Processes Underlying Coping Flexibility : A Dual-Process Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 425-438.
- Chesher, G., & Hall, W. (1999). Effects of cannabis on the cardiovascular and gastrointestinal systems. In H. Kalant, W. A., Corrigan, W. Hall, & Smart, R. G. (Eds), *The Health Effects of Cannabis* (pp. 435-458). Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Chinet, L., Bolognini, M., Plancherel, B., Rossier, V., Stéphan, P., Laget, J., et al. (2003). L'adolescent consommateur de substances face au réseau de soins. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 123, 591-593.
- Chinet, L., Bolognini, M., Plancherel, B., & Halfon, O. (1998). Is alexithymia a risk factor for addictive behaviors in adolescents and young adults ? *Swiss Journal of Psychology*, 57(3), 145-152.
- Chong, M.S., Wolff, K., Wise, K., Tanton, C., Winstock, A., & Silber, E. (2006). Cannabis use in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 12(5), 646-651.
- Choquet, M., & Ledoux, S. (1994). Réalités des conduites de dépendance à l'adolescence. In D. Bailly, & J.-L. Venisse (Eds). *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris: Masson.
- Choquet, M., Ledoux, S., & Hassler, C. (2002). Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collèges et de lycées, ESPAD 99 France. Paris: OFDT.
- Choquet, M. (2004). Epidémiologie de la consommation de cannabis parmi les adolescents en France. In P. Huerre, & F. Marty (Eds), *Cannabis et Adolescence. Les liaisons dangereuses* (pp. 17-27). Paris: Albin Michel.
- Christenson, S., & Thurlow, M., (2004). School dropouts: Preventions considerations, interventions, and challenges. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 36-39.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., & Mazza, R. (1997). *La famille du toxicomane*. Paris: ESF.
- Clémence, A., & Gadiol, N. (1993). Les prises de position des jeunes face à la drogue en Suisse. *Déviance et Société*, 17(1), 19-32.
- Coffey, C., Lynskey, M., Wolfe, R., & Patton, C. (2000). Initiation and progression of cannabis use in population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction*, 11, 1679-1690.
- Coffey, C., Carlin, J., Degenhardt, L., Lynskey, M., Sanci, L., & Patton, G. (2002). Cannabis dependence in young adults : an Australian population study. *Addiction*, 97, 187-194.
- Comeau, N., Stewart, S., & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 26(6), 803-825
- Compas, B.E., Connor, J. K., Saltzman, H., & Thomsen, A. H. (1999). Getting specific about coping : Effortful and involuntary responses to stress in development. In M. Lewis, & D. Ramsey (Eds), *Soothing and stress* (pp. 229-256). New York: Cambridge University Press.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth ME. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.

- Connor-Smith, K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Harding Thomsen, A., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence : Measurement of coping and Involuntary Stress Responses. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976-992.
- Consroe, P. (1998). Brain cannabinoid systems as target for the therapy of neurological disorders. *Neurologica Disorders*, 5, 534-551.
- Cooper, M. L., Russel, M. R., Skinner, M., Frone, J. B., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use : Moderating effects of gender coping and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 139-152.
- Cortoni, F. (1999). The relationship between attachment styles, coping, the use of sex as a coping strategy, and juvenile sexual history in sexual offenders. *Dissertation Abstracts International, Section B: Sciences*, 59(10B).
- Coslin, P. G. (1996). Les adolescents devant les déviations. Paris: PUF.
- Croquette-Krokar, M. (2003). *Forum cannabis*. Compte-rendu des présentations et des propositions des ateliers. Récupéré la 28 août 2007 de [www.premiereligne.ch].
- Curtis, L., Rey-Bellet, P., & Merlo, M. (2006). Cannabis et psychose. *Revue médicale suisse*, 2(79), 2099-2103.
- D'Welles, M.C. (1999). *Et si on parlait du haschich... Des jeunes témoignent*. Paris : Presses de la Renaissance.
- Deckers, L. (2001) Motivation. Biological psychological and environmental. Boston: Allyn and Bacon.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). The relationship between cannabis use, depression and anxiety among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36(5), 219-27.
- Degenhardt, L. (2002). Comorbidity between substance use and mental health in Australia: Relationships of alcohol, tobacco and cannabis use with other substance use and mental disorders. Doctoral dissertation, University of New South Wales, Australia.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2003a). Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*, 98(11), 1493-504.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2003b). Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 37-48.
- DeHaas, R., Calamari, J., Bair, J., & Martin, E. (2001). Anxiety sensitivity and drug or alcohol use in individuals with anxiety and substance disorders. *Addictive Behaviors*, 26(6), 787-801.
- Dimino, R. A. (2003). Early memories, attachment style, the role of peers, and adolescent substance use. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 63(12-B), 6091.
- Doyle, A. B., & Moretti, M. M. (2000). *Attachement aux parents et adaptation pendant l'adolescence : analyse bibliographique et incidences politiques*. Rapports préparé pour la Division de l'enfance et de l'adolescence. Montréal, Université Concordia.
- DSM-IV TR. American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4ème édition, texte révisé, Version Internationale française avec les codes CIM-10. Paris : Masson

- Duncan, B. C., Kirisci, L. & Moss, H. B. (1998). Early adolescent gateway drug use in sons of fathers with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 23(4), 661-666.
- Duncan, D., & Petosa, D. (1994). Social and Community Factors Associated With Drug Use and Abuse Among adolescents. In T. P. Gullotta, G. R. Adams, & R. Montemayor (Eds), *Substance Misuse in Adolescence*. London: Sage Publications Thousand Oaks.
- Dupre, D., Miller, N., Gold, M., & Rospenda, K. (1995). Initiation and progression of alcohol marijuana and cocaine use among adolescent abusers. *American Journal of Addiction*, 4(1), 43-48.
- Earleywine, M. (2002). Understanding marijuana : a new look at the scientific evidence. Oxford: Oxford University Press.
- Echeberria, E. M., Guede, E. F., Guillen, C. S., & Valencia, J. F. (1992). Social representations of drugs, causal judgments and social perception. *European Journal of Social Psychology*, 2(22), 73-84.
- Eggert, L. I., Thompson, E. A., Herting, J. R., & Randell, B. P. (2002). Reconnecting youth to prevent drug abuse, school dropout and suicidal behaviors among high-risk youth. In E. F. Wagner, & H. P. Waldron (Eds). *Innovations in adolescence substance abuse interventions* (pp. 51-84). Pergamon: Amsterdam.
- Eggert, J., Levendosky, A., & Klump, L. (2007). Relationships Among Attachment Styles, Personality Characteristics, and Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 149-155.
- Ellickson, P., Bui, K., Bell, R., & McGuigan, K.A. (1998). Does early drug use increase the risk of dropping out high school?. *Drugs Issues*, 28, 357-380.
- Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Paris: Flammarion.
- Escohotado, A. (1994). *Las Drogas. De los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza Cien.
- Flament, M., Perez-Diaz, F., Loas, G., Josse, E., Michel, N., Godart, N., et al. (2003). La recherche de sensations dans les conduites de dépendance. In M. Corcos, M. Flament, & Ph. Jeammet (Eds), *Les conduites de dépendance. Dimensions psychologiques communes* (pp. 255-270). Paris: Masson.
- Farmer, T., Estell, D., Leung, M., Trott, H., Bishop, J., & Cairns, B. (2003). Individual characteristics, early adolescents peer affiliations, and dropout school: An examination of aggressive and popular group types. *Journal of School Psychology*, 4(3), 217-232.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Swain-Campbell, N. R. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 97, 1123-1135.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Swain-Campbell, N. R. (2003). Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychological Medicine*, 33(1), 15-21.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use : testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101, 556-569.
- Fernandez, L., Bonnet, A., Jaufret, C., & Piedinielli, J.L., (2006). Dépendance au cannabis et événements de vie : Le poids de la transmission transgénérationnelle. *Alcoologie et Addictologie*, 28, 1-19.
- Friedman, A. S., & Terras, A. (1999). Comparison of various risk and protective factors for substance use/abuse in a court-adjudicated male population. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 8(4), 17-36.

- Field, A. P. (2000). *Discovering statistics using SPSS for Windows: advanced techniques for the beginner*. London: Sage.
- Friedman, A. S. & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (The Adolescent Drug Abuse (ADAD) Instrument), *Journal of Drug Education*, 19(4), 285-312.
- Galand, B., Macquet, D., & Philoppot, P. (2001). Vision de l'école et facteurs liés à l'absentéisme dans une population à risque de décrochage. *Bulletin de Psychologie Scolaire et d'Orientation*, 49(1), 27-45.
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer Influence on Risk Taking, Risk Preference, and Risky Decision Making in Adolescence and Adulthood: An Experimental Study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 25, 559-78.
- Gehring, T. M., & Wyler, I. L. (1986). Family-system-test (FAST): A three dimensional approach to investigate family relationships. *Child Psychiatry and Human Development*, 16(4), 235-248.
- Gendreau, J. (1998). *L'adolescence et ses rites de passage*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Glasman, D. (2000). Le décrochage scolaire: une question sociale et institutionnelle. *VEI Enjeux*, 122, 10-25.
- Gmel G., Kuntsche, E. N., Grichting, E., & Rehm, J. (2003). *ESPAD 03: Country Report 1, Switzerland*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Goldberg, S.R., & Stolerman, I.P. (1986). *Behavioral Analysis of Drug Dependence*. New York, NY: Academic Press.
- Grebot, E., & Barumandzadeh, T. (2005). L'accès à l'université. Une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Annales Médico-psychologiques*, 163(7), 561-567.
- Guigue, M. (1998). Le décrochage scolaire. In M.C. Bloch, & B. Garde (Eds) *Les lycéens décrocheurs* (pp. 25-38). Lyon: Chronique Sociale.
- Gunn-Secheyay, F. (2002). *Étude sur la phobie scolaire auprès d'une population d'adolescents âgés de 12 à 17 ans*. Mémoire de Diplôme de Spécialisation en Psychologie inédit. FPSE - Université de Genève.
- Guttman-Steinmetz, S., & Crowell, J. A. (2006). Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(4), 440-451.
- Gutton, Ph. (1996). *Adolescents*. Paris: PUF.
- Halikas, J. A., Weller, R. A., Morse, C., & Shapiro, T. (1982). Incidence and characteristics of amotivational syndrome, including associated findings, among chronic marijuana users. In National Institute on Drug Abuse (Ed), *Marijuana and Youth: clinical observations on motivation and learning* (pp. 11-23). Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

- Hall, W., Degenhardt, L., Lynskey, M. (2001). The health and psychological effects of cannabis use. In *National Drug Strategy. Monograph Series no. 25*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care, Commonwealth of Australia.
- Hall, W., Degenhardt, L., & Teeson, M. (2004). Cannabis use and psychotic disorders: an update. *Drugs and Alcohol Review*, 23, 433-443.
- Hall, W. (2006). Is cannabis use psychotogenic ? *The Lancet*, 367(21), 193-195.
- Hammer, T., & Vaglum, P. (1990). Initiation, continuation or discontinuation of cannabis use in the general population. *British Journal of Addiction*, 85(7), 899-909.
- Hanney, M., Ward, A. S., & Comer, S.D. (1999). Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans. *Psychopharmacology*, 141, 395-404.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hoffmann, J. P. (1995). The effects of family structure and family relations on adolescent marijuana use. *International Journal of Addictions*, 30, 1207-1241.
- Howard, M. S. & Medway, F. J. (2004). Adolescents' Attachment and Coping With Stress. *Psychology in the Schools*, 4(3), 391-402.
- Howell D. (1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines* (Adaptation française de M. Roegiers, V. Yzerbyt et Y. Bestgen). Paris: De Boeck Université.
- Hüsler, G., Plancherel, B., & Werlen, E. (2005). Psychosocial predictors of Cannabis Use in Adolescents at Risk. *Prevention Science*, 6(3), 237-244.
- Irons, C., & Gilbert, P. (2005). Evolved Mechanisms in Adolescent Anxiety and Depression Symptoms : The role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28(3), 325-341.
- Isohanni, M., Moilanen, I., & Rantakallio, P. (1991). Determinants of teenage smoking, with special reference to non-standard family background. *British Journal of Addiction*, 86, 391-398.
- ISPA - Institut Suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. (2004). *Cannabis. État des lieux en Suisse*. Lausanne : Office Fédérale de la Santé Publique.
- ISPA - Institut Suisse de prevention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. (2005). *Chiffres et données*. Version CD. Lausanne, Suisse.
- ISPA (2006). *Chiffres & données "drogues illégales - chapitre consommation de cannabis"*. Récupéré le 9 septembre 2007 de http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/g_d05.pdf.
- Iversen, L. (2000). *The science of marijuana*. Oxford: Univerity press.
- Iversen, L. (2005). Long-term effects of exposure to cannabis. *Current Opinion in Pharmacology*, 5, 69-72.
- Jackson, S., & Goossens, L. (2006, eds). *Handbook of Adolescent Development*. New York, NY: Psychology Press.
- Jacobsen, T., & Volker, H. (1997). Children's attachment Representations: Longitudinal Relations to School Behavior and Academic Competency in Middle Childhood and Adolescence. *Developpement Psychology*, 33(4), 703-710.
- Janosz, M. (2000). L'abandon scolaire chez les adolescents: perspective nord-américaine. *VEI Enjeux*, 122, 105-127.

- Jeammet, Ph. (1994). Dépendance et séparation à l'adolescence. Point de vue psychodynamique. In D. Bailly, & J.-L. Venisse (Eds), *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris: Masson.
- Jerome, E. M., & Liss, M. (2004). Relationships between sensory processing style, adult attachment, and coping. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1341-1352.
- Jimerson, S. R., Egeland, B., Sroufe, L., & Carlson, B. (2000). A perspective Longitudinal Study of High School Dropouts Examining Multiple Predictors Across Development. *Journal of School Psychology*, 38(6), 525-549.
- Jimerson, S.R., Fergusson, P. Whipple, A., Anderson, G., & Dalton, M. (2002). Exploring the association between grade retention and dropout: A longitudinal study examining socio-emotional, behavioral, and achievement characteristics of retained students. *California School Psychologist*, 7, 51-62.
- Johns, A. (2001). Psychiatric effects of cannabis. *British Journal of psychiatry*, 78, 116-122.
- Johnson, L., Leonard, K., & Jacob, T. (1989). Drinking, drinking styles and drugs use in children of alcoholics. *Journal of Studies of Alcohol*, 50, 427-431.
- Joseph, B. (1975). The patient who is difficult to reach. In P. Giovacchini (Ed), *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy, Volume 2* (pp. 205-216). New York, NY: Jason Aronson.
- Jozefowicz, D. M., (2003). Why do they leave? Why do they stay? A quantitative and qualitative examination of high school dropout. Dissertation microfilms, Université de Michigan, USA.
- Juarez, F., Medina-Mora, E., Berenson, S., Villatoro, J., Carreno, E., Lopez, E., et al. (1998). Antisocial Behavior: Its Relation to Selected Sociodemographic Variables and Alcohol and Drug Use among Mexican Students. *Substance Use & Misuse*, 33(7), 1437-1459.
- Kalant, H. (2001). Medicinal use of cannabis: history and current status. *Pain Research & Management: the Journal of the Canadian Pain Society*, 6(2), 80-91.
- Kandel, D., & Fust, R. (1975). Sequence and stages in patterns of adolescents drug use. *Archives of General Psychiatry*, 32, 923-932.
- Kandel, D. (1982). Epidemiological and psychological perspectives on adolescent drug use. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 328-347.
- Kandel, D., Davies, M., Karus, D., & Yamaguchi, K. (1986). The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement: An overview. *Archives of General Psychiatry*, 43(8), 746-754.
- Kandel, D., & Raveis, V. H. (1989). Cessation of illicit drug use in young adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 46(2), 109-116.
- Kandel, D., Yamaguchi, K., & Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(5), 447-57.
- Kandel, D., & Davies, M. (1996). High school students who use crack and other drugs. *Archives of General Psychiatry*, 53, 71-80.
- Kandel, D., Yamaguchi, K., Klein, L. (2006). Testing the gateway hypothesis. *Addiction*, 101, 470-476.

- Karl, A., Entwisle, L., Kabbani, D., & Nader, S. (2001). The dropout process in life course perspective: Early risk factors at home and school. *Teachers College Record*, 103(5), 760-822.
- Kavsek, M. J., & Seiffge-Krenke, I. (1996). The Differentiation of Coping Traits in Adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), 651-668.
- Kearney, C., Eisen, A., & Silverman, W. (1995). The legend and myth of school phobia. *School Psychology Quarterly*, 10(1), 65-85.
- Kellerhals, J., & Widmer, E. (2005). *Familles en Suisse. Nouveaux liens*. Lausanne: PPUR - Collection les Savoirs suisses.
- Keller, S., Weimer-Hablitzel, B., Kaluza, G., & Basler, H.D. (2002). Einstellungen zur Raucherpolitik in Abhängigkeit vom Raucherstatus Attitudes towards smoking policy and smoking status. *Zeitschrift fuer Medizinische Psychologie*, 11(4), 177-184.
- Kemp, M., & Neimeyer, G. (1999). Interpersonal Attachment : Experiencing, Expressing and Coping with Stress. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 388-394.
- Kirouac, G. (1993). Les émotions. In R. J. Vallerand, & E. E. Thill (Eds), *Introduction à la Psychologie de la motivation*. Montréal : Editorial de la Chenelière.
- Kokkevi, A., & Stefanis, C. (1995). Drug abuse and psychiatry comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 36(5), 329-337.
- Kostecky, K. L. (2005). Parental attachment, academic achievement, life events and their relationship to alcohol and drug use during adolescence. *Journal of Adolescence*. 28(5), 665-669.
- Kowalsky, R. (2000). Anxiety (pp. 209-212). In A. E. Kazdin (Ed), *Encyclopedia of Psychology, volume I*. Oxford: University Press.
- Krohn, M. D., Thornberry, T. P., Collins-Hall, L., & Lizotte, A.J. (1995). Family relationships, School dropout, and Delinquent Behavior. In: H. D. Kaplan (Ed), *Drugs, crime, and other deviant adaptations. Longitudinal studies* (pp. 163-183). New York & London: Plenum Press.
- Kuntsche, E., & Rainer, K. S., (2004). Parental Closeness and Adolescent Substance Use in single and two-parent Families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*, 63(2), 85-92.
- Kuntsche, E., & Jordan, M. D. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors : Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84(2), 167-174.
- Larson, R., Csikszentmihalyi, M., & Freeman, M. (1992). Alcohol and Marijuana use in adolescents daily lives. In W. De Vries Marten (Ed), *The Experience of Psychopathology: Investigating Mental Disorders in their Natural Settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Laure, P., Binsinger, C., Aubard, M., & Girault, S. (2005). L'estime de soi et l'anxiété sont-elles prédicteurs de la consommation de substances psychoactives chez les adolescents ? *Psychotropes*, 11, 73-90.
- Laurent, J., Catanzaro, S. J., & Callan, M. K. (1997). Stress, alcohol-related expectancies and coping preferences : A replication with adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 644-655.
- Lazarus R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M., & Plant, M. (2002). Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drugs use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol and Alcoholism*, 37(1), 52-60.
- Lee, J.-M., & Bell, N. J. (2003). Individual differences in attachment-autonomy configurations: linkages with substance use and youth competencies. *Journal of Adolescence*, 26(3), 347-361.
- Leweke, F. M., Gerth, C.W., & Klosterkötter, J. (2004). Cannabis associated psychosis: current status of research. *CNS Drugs*, 18, 895-910.
- Lockwood, M. J. (2004). Attachment and risk behavior in adolescence. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 65(2-B), 1052.
- Lopez, F. & Brennan, K. (2000). Dynamic process underlying adult attachment organization: toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 238-300.
- Lopez, F., & Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first year college transition: relation to self confidence, coping, and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 49(3), 355-364.
- Lynskey, M., & Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*, 95, 1621-1630.
- Lynskey, M. T., Grant, J. D., Nelson, E. C., Buchholz, K. K., Madden, P., Stathan, D.J., et al. (2006). Duration of cannabis use, a novel phenotype? *Addictive Behaviors*, 31, 984-994.
- Lynskey, M.T., Hecht, A.C., Buchholz, K.K., Slutske, W.S., Madden, P., et al. (2003). Escalation of Drug Use in Early-Onset Cannabis Users vs Co-twin controls. *Journal of American Medical Association*, 22/29(289), 427-433.
- Mackesy-Amiti, M. E., Fendrich, M., & Goldstein, P. J. (1997). Sequence of drug use among serious drug users: typical vs. atypical progression. *Drug and Alcohol Dependence*, 45, 185-196.
- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M., et al. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet* 363(9421), 1579-1588.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 1-2, 66-104.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1987). *Adult attachment coding system*. Berkeley: University of California (unpublished MS).
- Malhotra, A., & Biswas, P. (2006). Cannabis Use and Performance in Adolescents. Review Article. *Child and Adolescent Mental Health*, 2(2), 59-67.
- Marcelli D. & Braconnier, A. (2000). *Adolescence et psychopathologie*. 5ème édition, Paris: Masson.
- Marra, D., Dimitrescu, L., & Garel, P. (2000). Troubles anxieux. In D. Houzel, M. Emmanuelli, & F. Moggio (Eds), *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF.

- Martin, B. R. (2002). Cannabis produces dependence: A comment on Smith. *Addiction*, 97(6), 754-755.
- Maysseless, O., Danieli, R., & Sharabany, R. (1996). Adult's Attachment Patterns: Coping with separations. *Journal of Young and Adolescence*, 25, 667-690.
- McArdle, P., Wieggersma, A., & Gilvarry, E. (2002). European adolescent substance use : the roles of family structure, fonction and gender. *Addiction*, 97, 329-336.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R., & Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95(4), 491-503.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G.E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 26-33.
- Mendelson, J. H., Mello, N. K., & Lex, B. W. (1984). Marijuana withdrawal syndrome in a woman. *American Journal of psychiatry*, 141, 1289-1290.
- Meiri, E., Jhangiani, H., Vredenburg, J., Barbato, L., Yang, H., Li, D., et al. (2005). Dronabinol treatment of delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Journal of Clinical Oncology*, 23(16S), 8018.
- Merlo, M., Rey-Bellet, P., & Ferrero, G. (2003). L'effet du cannabis et les conséquences sur la psychose débutante : aspects neurobiologiques. *Médecine et Hygiène*, 61, 1713-1717.
- Michel, G. (2001). *La prise de risque à l'adolescence*. Paris: Masson.
- Miller, N. S., Klamen, D., Hoffmann, N. G., & Flaherty, J. A. (1996). Prevalence of depression and alcohol and other drug dependence in addictions treatment populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28(2), 111-124.
- Miocque, D., Flament, M., Curt, F., Godart, N., Perdereau, F., & Jeammet, Ph. (2003). Prévalence des troubles anxieux et des troubles de l'humeur chez les toxicomanes. In M. Corcos, M. Flament, & Ph. Jeammet (Eds), *Les conduites de dépendance. Dimensions psychologiques communes*. Paris: Masson.
- Moore, C. W. (1997). Models of attachment, relationships with parents, and sexual behavior in at-risk adolescents. *Dissertation Abstracts International*, 58, 3322.
- Morrall, A. R., McCaffrey, D. F., & Paddock, S. M. (2002). Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction*, 97, 1493-1504.
- Müller, S., & Gmel, G. (2002). Veränderungen des Einstiegsalters in den Cannabiskonsum : Ergebnisse des zweiten Schweizer Gesundheitsbefragung 1997. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47, 14-23.
- Muris, P., Meesters, C., Morren, M., & Moorman, L. (2004). Anger and hostility in adolescents: Relationships with self-reported attachment style and perceived parental rearing styles. *Journal of Psychosomatic Research*. 57(3), 257-264.
- Nada-Raja, S., McGee, R., & Stanton, W.R. (1992). Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 471-485.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., et al. (2003). Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse. SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent study on health 2002. Lausanne / Berne / Bellinzona :

Institut universitaire de médecine sociale et préventive / Institut für Psychologie / Sezione sanitaria.

- Neighbors, B., Kempton, T., & Forehand, R. (1992). Co-occurrence of substance abuse with conduct, anxiety and depression disorders in juvenile delinquents. *Addictive Behaviors, 17*, 379-386.
- Newcomb, M., & Bentler, P. (1987). Changes in drug use from high school to young adulthood: Effects of living arrangement and current life pursuit. *Journal of Applied Developmental Psychology, 8*(3), 221-246.
- Nizelof, S., Corcos, M., Venisse, J., Halfon, O., Bizouard, P., & Jeammet, Ph. (2003). Consommation de substances psychoactives et conduites de dépendance. Définitions et enjeux. In M. Corcos, M. Flament, & Ph. Jeammet. *Les conduites de dépendance. Dimensions psychologiques communes*. Paris: Masson.
- Norman, E. (1994). Personal Factors Related to Substance Misuse : Risk Abatement and / or Resiliency Enhancement ?. In T P. Guillota, G. Adam, & M. Montinayo (Eds), *Substance Misuse in Adolescents*. New York, NY: Forham University Press.
- Norton, G. R. (2001). Substance use/abuse and anxiety sensitivity. What are the relationships ? *Addictive Behaviors, 26*, 935-946.
- Observatoire Européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2003). *Rapports annuels 2003 : spécial jeunes*. Récupéré le 28 août de <http://www.emcdda.eu.int/data/docs/55fr.pdf>.
- Oetting, E. R., & Beauvais, F. (1986). Peer Cluster Theory: Drugs and the Adolescent. *Journal of Counseling and Development, 65*, 17-22.
- Office Fédéral de la Statistique (2007). *Système d'éducation - Données, indicateurs. Jeunes quittant prématurément l'école*. Récupéré le 28 août 2007 de <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/15/02/key/ind5.indicator.50105.513.print.html?open=1>.
- Papadakis, A. A., Prince, R. P., Jones, N. P., & Strauman, T. J. (2006). Self-regulation, rumination, and vulnerability to depression in adolescent girls. *Development and Psychopathology, 18*, 815-829.
- Parker, J. D., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality, 6*(5), 321-344.
- Patterson, J. M., & McCubbin, H. I. (1987). Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement. *Journal of Adolescence, 10*(2), 163-186.
- Patton, G., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M., & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in younger people. Cohort study. *British Medical Journal, 325*(7374), 1195-1198.
- Patton, G., Coffey, C., Lynskey, M., Reid, S., Hemphill, S., Carlin, J., et al. (2007). Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction, 102*, 607-615.
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1995). Stress et coping. Les stratégies d'ajustement à l'adversité. Paris: PUF.
- Peretti-Watel, P., Beck, F., & Legleye, S. (2002). Beyond the U-curve: the relationship between sport and alcohol cigarettes and cannabis in adolescents. *Addiction, 97*, 707-716.

- Perkonig, A., Lieb, R., Hofler, M., Schuster, P., Sonntag, H., & Wittchen, H.-U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: Incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction*, *94*(11), 1663-1678.
- Pertwee, R. (1995). *Cannabinoid Receptors*. London: Academic Press.
- Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien. Théorie de l'attachement*. Paris: Odile Jacob.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Les modèles de relation: développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, *1*, 161-206.
- Pierrehumbert, B., Bader, M., Miljkovitch, R., Mazet, P., Amar, M., & Halfon, O., (2002). Strategies of emotion regulation in adolescents and young adults with substance dependence or eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *9*, 384-394.
- Plancherel, B. (1998). *Le stress des événements existentiels et son impact sur la santé des adolescents*. Fribourg: Contributions fribourgeoises en psychologie. Éditions Universitaires.
- Plancherel, B., Bettschart, W., Bolognini, M., Dumont, M., & Halfon, O. (1997). Influence comparée des événements existentiels et des tracasseries quotidiennes sur la santé psychique à la préadolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescence*, *45*(3), 126-138.
- Plancherel, B., & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, *18*(4), 459-474.
- Plancherel, B., Bolognini, M., & Halfon, O. (1998). Coping strategies in early and mid-adolescence: Differences according to age and gender in a community sample. *European Psychologist*, *3*(3), 192-201.
- Plancherel, B., Bolognini, M., Nunez, R., & Bettschart, W. (1993). Comment les pré-adolescents font-ils face aux difficultés? Présentation d'une version française du questionnaire A-COPE. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, *52*(1), 31-43.
- Plancherel, B., Nunez, R., Bolognini, M., & Leidi, C. (1992). Evaluation of life events as predictors of mental health in early adolescence. *European Review of Applied Psychology*, *42*(3), 229-241.
- Plange, N., Arrend, K., Kaup, M., Doehmn, B., & Adams, H. (2007). Dronabinol and retinal hemodynamics in humans. *American Journal of Ophthalmology*, *143*(1), 173-174.
- Pohorecky, L. (1991) Stress and alcohol interaction: An update of human research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *15*, 438-459.
- Ponizovsky, A. M., Nechamkin Y., & Rosca, P. (2007). Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77*(2), 324-331.
- Pope Jr., H. G., Gruber, A. J., Hudson, J. I., Cohane, G., Huestis, M. A., & Yurgelun-Todd, D. (2003). Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association?, *Drug and Alcohol Dependence*, *69*, 303-310.
- Pudney, S. (2002). *The road to ruin? Sequences of initiation into drug use and offending by young people in Britain*. London: Home Office.
- Rabois, D., & Haaga, A. F. (2003). The influence of cognitive coping and mood on smokers' self-efficacy and temptation. *Addictive Behaviors*, *28*, 561-573.

- Rey, J. M., Martin, A., & Krabman, P. (2004). Is the party Over ? Cannabis and Juvenile Psychiatric Disorder : The Past 10 years. *Child Adolescent Psychiatry, 43*(10), 1194-1205.
- Reyes, O., & Jason, L. (1991). An evaluation of a high school dropout prevention program. *Journal of Community Psychology, 19*(3), 221-230.
- Ringel, J. S., Ellickson, P. L., & Collins, R. L. (2007). High school drug use predicts job-related out-coms at age 29. *Addictive Behaviors, 32*, 576-589.
- Robertson, A. (2003). Stressors and strains, school context, and adolescent outcomes: A multi-level analysis. *Dissertation Abstracts International, 64*(3-A), 1089.
- Robins, L. N., McEvoy, L. (1990). Conduct problems as predictors of substance abuse. In L. N. Robins, M. Rutter (Eds). *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 182–204). New York, NY: Oxford University Press.
- Robson, P. (2001). Therapeutic aspects of cannabis and cannabinoids. *The British Journal of Psychiatry, 178*, 107-115.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 244-253.
- Roura, A., & Chabrol, H. (2004). Symptômes de tolérance, de sevrage et de dépendance au cannabis chez l'adolescent consommateur. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 52*(1), 11-16.
- Royer, E. (2003). Étude longitudinale des trajectoires des élèves à risque de décrochage scolaire menant à l'adaptation sociale et scolaire au secondaire et au collège. *Rapport intermédiaire, recherche en cours*.
- Rüger, U., Blomert, A. F., & Förster, W. (1990). *Coping: Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung*. Göttingen: Psychologie im Verlag Vandenhoeck u. Ruprecht.
- Rumpold, G., Klinseis, M., Dornauer, K., Kopp, M., Doering, S., Höfer, S., et al. (2006). Psychotropic substance abuse among adolescents : A Structural equation model on risk and protective factors. *Substance Use and Misuse, 41*(8), 1155-1169.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited : twenty-five years of child psychiatrics epidemiology. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry, 28*, 633-653.
- Sapin, M., Spini, D., & Widmer, E. (2007). *Les parcours de vie - De l'adolescence au grand âge*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes - Collection Le savoir suisse.
- Scharf, M., Mayseless, O., & Kivensson-Baron, I. (2004). Adolescents' Attachment representations and developmental task in emerging adulthood. *Development Psychology, 40*(3), 430-444.
- Schaub, M., & Stohler, R. (2006). Les dommages à long terme de la consommation du cannabis – un problème sous-estimé ? *Forum Medical Suisse, 6*, 1128–1132.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Kustner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment and Human Development, 7*(3), 207-228.
- Schmid, H. (2001). Cannabis use in Switzerland: The role of attribution of drug use to friends, urbanization and repression. *Swiss Journal of Psychology, 60*(2), 99-107.

- Schmid, H., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. N., & Kuendig, H. (2003). Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz – Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Forschungsbericht Nr. 39). Lausanne : Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Segal, B. M., & Stewart, J. C. (1996). Substance use and abuse in adolescence: An overview. *Child Psychiatry & Human Development*, 26(4), 193-210.
- Seiffge-Krenke, I. (1998) *Adolescent Health*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I., (1993). Stress and coping in adolescence. Introduction. *Journal of Adolescence*, 16(3), 227-33.
- Seiffge-Krenke, I. (1994). Le coping à l'adolescence: âge, sexe et différences culturelles. In M. Bolognini, B. Plancherel, R. Nunez, & W. Bettchart (Eds), *Préadolescence, Théorie, Recherche et Clinique* (pp. 173-185). Paris: ESF.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, Coping and relationships in Adolescence*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Seiffge-Krenke, I. (2003). The long-term impact of functional and dysfunctional coping styles for predicting attachment representation. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 13(1), 32-45.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23(6), 675-91.
- Seiffge-Krenke, I. (2006). Leaving home or still in the nest ? Parent-child relationship and psychological health as predictors of different leaving home patterns. *Developmental Psychology*, 42(5), 864-876.
- Seiffge-Krenke, I., & Shulman, S. (1990). Coping style in adolescence: A cross-cultural study. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 21(3), 351-377.
- Shedler, J., & Block, J. (1990). Adolescent Drug Use and Psychological Health: A Longitudinal Inquiry. *American Psychologist*, 45(5), 612-30.
- Shek, D. (1997). The relation of Family Functioning to Adolescent Psychological Well-Being, School Adjustment, and Problem Behavior. *The Journal of Genetic Psychology*, 158(4), 467-479.
- Shek, D. (2002). The relation of Parental Qualities to psychological Well-Being, Alcohol Adjustment, and Problem Behavior in Chinese Adolescents with Economic Disadvantage. *The American Journal of Family Therapy*, 30(3), 215-230.
- Sicher, B. L. (1998). The relationship between security of attachment and substance abuse. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 59(4-B), 1868.
- Smit, F., Bolier, L., & Cuijpers, P. (2004). Cannabis use and risk of later schizophrenia : a review. *Addiction* 99, 4, 515-515.
- Smith, F. L., Cichewicz, D., Martin, Z. L., & Wech, S. P. (1998). The enhancement of morphine antinociception in mice by delta-9-tetrahydrocannabinol. *Pharmaceutical Biochemical Behavior*, 60, 559-566.
- Smith, N. T. (2002). A review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users. *Addiction*, 97(6), 621-632.

- Spielberger, C. D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In C. D. Spielberger (Ed), *Cross-cultural anxiety*. New York, NY: Dley.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory (form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. (2006). Cross-Cultural Assessment of Emotional States and Personality Traits. *European Psychologist*, *11*(4) 2006, 297-303
- Steinberg, L., & S. Avenevoli. (2000). The Role of Context in the Development of Psychopathology: A Conceptual Framework and Some Speculative Propositions. *Child Development*, *71*(1), 66–74.
- Steinhausen, H. C. (1995). Children of alcoholic parents. A review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *4*(3), 143-152.
- Stice, E., Barrera, M., & Chassin, L. (1993). Relation of Parental support and Control to Adolescents' Externalizing Symptomatology and Substance Use: A longitudinal Examination of curvilinear Effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *21*(6), 609-629.
- Stolerman, I. P. (1991). Behavioral pharmacology of addiction. In I. Glass (Ed), *Addiction Behaviors*. New York, NY: Routledge.
- Swadi, H. (1992). A Longitudinal Perspective in Adolescent Substance Abuse. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *1*(3), 156-170.
- Swift, W., Copeland, J., & Hall, W. (1998). Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction*, *93*(11), 1681-1692.
- Tapert, S., Senses Ozyurt, S., Myers, M., & Brown, S. (2004). Neurocognitive ability in adults coping with alcohol and drug relapse temptations. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *30*(2), 445-60.
- Tassin, J. P. (2004). Épidémiologie de la consommation de cannabis parmi les adolescents en France. In P. Huerre, & F. Marty. *Cannabis et Adolescence. Les liaisons dangereuses* (pp. 148-158). Paris: Albin Michel.
- Taylor, D. N., & Del Pilar, J. (1992). Self-esteem, anxiety and drug use. *Psychological reports*, *71*(3), 896-898.
- Taylor, S. (1999). Anxiety Sensitivity. Theory, research and treatment of the dear of anxiety. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Teeson, M., Lynskey, M. T. , Manor, B., & Baillie, A. (2002). The structure of cannabis dependence in the community. *Drug and Alcohol Dependence*, *68*, 255-262.
- Thayer, R. E., Newman, J. R., & McClain, T. M. (1994). Self-Regulation of Mood Strategies for Changing a Bad Mood, Raising Energy, and Reducing Tension. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(5), 910-925.
- Timberlake, D. S., Haberstick, B. C., Hopfer, C. J., Bricker, J., Sakai, J. T., Lessem, J. M., *et al.* (2006). Progression from marijuana use to daily smoking and nicotine dependence in a national sample of U.S. adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, *88*, 272-281.
- Tournier, M., Sorbara, F., Gindre, C., Swendsen, J D., & Verdoux, H. (2003). Cannabis use and anxiety in daily life: a naturalistic investigation in a non-clinical population. *Psychiatry Research*, *118*(1), 1-8.

- TREE (2003). Parcours vers les formations postobligatoires. Les deux premières années après l'école obligatoire. Resultats intermédiaires de l'étude longitudinale TREE. Neuchâtel: Office Fédérale de la Statistique.
- Tremblay, R. (2000). L'origine de la violence chez les jeunes. *ISUMA 2000*, 1(2), 10-16.
- Valleur M., & Matysiak, J. C. (2002). Les addictions: dépendances, toxicomanies. Repenser la souffrance psychique. Paris: Armand Collin.
- Van-Ijzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 8-21.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., Sonntag, H., & Wittchen, H. U. (2001). The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: A longitudinal study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 347-61.
- Vulić-Prtorić, A., & Macuka, I. (2006). Family and coping factors in the differentiation of childhood anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(2), 199-214(16).
- Wagner, E. F., Myers, M. G., & McNinch, J. L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 24(6), 769-779.
- Watson, D., David, J., & Suls, J. (1999). Personality, affectivity, and coping. In C. R. Snyder (Ed), *Coping*. New York, NY: Oxford University Press.
- Wheaton, B., Muthén, B., Alwin D. F., & Summers G. F. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. In D.R. Heise (Ed), *Sociological methodology* (pp. 84-136), San Francisco: Jossey-Bass.
- Widmer, E., La Farga L.-A. (2000). Family Networks : A sociometric Method to Study Relationships in Families, *Field Methods*, 12 (2), 108-128.
- Widmer, E., Levy, R., Pollien, A., Hammer, R., & Gauthier, J. A. (2003). Entre standardisation, individualisation et sexualisation : une analyse des trajectoires personnelles en suisse. *Revue Suisse de Sociologie*, 29, 50-65.
- Williams, J. H., Wellman, J. N., & Rawlins, N. P. (1996). Cannabis use correlates with schizotypy in healthy people. *Addiction*, 91(6), 869-877.
- Wills. T., & Cleary, S. D. (1995). Stress.Coping model for alcohol/tobacco interactions in adolescence. In J. Fertig, & J. Allen (Eds), *Alcohol and Tobacco: From basic science to policy*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Wills, T. A., Sandy, J. M., & Yaeger, A. M. (2001a). Time perspective and early-onset substance use: A model based on stress-coping theory. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 118-125.
- Wills, T. A., Sandy, J. M., Yaeger, A., Cleary, S.D., & Shinar, O. (2001b). Coping Dimensions, Life Stress, and Adolescent Substance Use: A latent Growth Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 309-323.
- Wills, T. A., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1992). The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 20, 349-374.
- Wittchen, H. U., Frohlich, C., Behrendt, S., Gunther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., et al. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders:

- A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 60-70.
- Yoshimoto K., McBride, W., & Lumeng, L. (1991). Alcohol stimulates the release of dopamine and serotonin in the nucleus accumbens. *Alcohol*, 9, 17-22
- Young, S. E., Corley, R. P., Stallings, M. C., Rhee, T. J., & Crowley-Hewitt, J.K. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 309-322.
- Zettergreen, P. (2004). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73, 207-221.
- Zimmer, L., & Morgan, J. P. (2000). *Marijuana, mythes et réalités. Une revue des données spécifiques*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Zimmermann, G., Rossier, V., Bernard, M., Cerchia, F., & Quartier, V. (2005). Sévérité de la consommation d'alcool et de cannabis chez des adolescents tout-venant et délinquants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53, 447-452 .
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M. (2006). *Sensation seeking and risky behavior*. New York, NY: American Psychological Association Psychology.

ANNEXES