

## Nouvelle méthode contre la fumette



Une dépendance au cannabis à l'adolescence survient autour de plusieurs facteurs de vulnérabilité liés à la personnalité de l'adolescent, à ses parents, sa famille et son environnement. L'approche multidimensionnelle permet d'agir.

© William-Casey / Fotolia

---

Par **Philip Nielsen**, psychologue-psychothérapeute FSP, superviseur MDFT et responsable local de la recherche INCANT, co-responsable de la Consultation adolescents de la Fondation Phénix

Compte tenu de l'évolution inquiétante de la consommation de cannabis dans une frange significative de la population adolescente, il paraît urgent d'explorer de nouvelles réponses thérapeutiques. Or, une revue systématique de la littérature permet d'identifier l'approche de la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) comme particulièrement efficace.

L'approche MDFT est un protocole qui considère la prise de drogue chez l'adolescent comme un phénomène multidimensionnel, tant dans ses causes que dans les effets que cette consommation aura sur le jeune et son entourage. Quatre dimensions contribuent à la genèse d'une dépendance au cannabis à l'adolescence. Il s'agit de facteurs de vulnérabilité liés à la personnalité de l'adolescent, à ses parents, sa famille, et son environnement.

Durant le premier mois du protocole, il s'agit de construire les fondations du processus thérapeutique. L'accent est porté sur la construction de l'alliance thérapeutique avec toute personne significative (parent, ami, enseignant, juge, etc.). Pendant les trois à quatre mois suivants, la demande de changements et de « correcteurs » est lancée.

### Agir sur les facteurs de risques

L'idée principale du MDFT est d'avoir un impact direct sur les facteurs de risque et de protection afin de parvenir à un arrêt des consommations et de freiner le cycle délétère qui les accompagne. Le thérapeute cible les différents facteurs de risque présents au niveau des quatre domaines cités plus haut et tente de minimiser leur impact.

Ainsi, l'adolescent est amené à acquérir un certain nombre de compétences comme repérer, voire éviter, tout ce qui

conduit à la consommation ; développer des activités en dehors du contexte d'usage, essayer de comprendre, gérer et exprimer ses émotions, en particulier vis-à-vis de ses parents. De leur côté, ces derniers sont encouragés à prendre - ensemble - une position clairement anti-drogue vis-à-vis de leur enfant.

## Le rôle crucial de la famille

Le rapprochement émotionnel entre les parents et le jeune constitue l'un des facteurs de protection les plus influents. La prise en charge consiste à repérer les attitudes dysfonctionnelles comme les disqualifications, les « transactions négatives », ou les triangulations, pour les remplacer par des stratégies de communication qui rapprochent les membres et augmentent le sentiment de compréhension et de soutien.

Au niveau extra familial, les interventions comprennent des contacts intensifs avec le juge, l'assistante sociale, l'école. Le thérapeute encourage le jeune à reprendre des activités « pro-sociales » et l'accompagne dans les démarches qui vont dans ce sens.

## Un traitement fixe et sans fumette

A l'instar d'autres modèles thérapeutiques, la MDFT a donc une durée pré établie (quatre à six mois au total). La famille l'apprend dès la première séance. Cette information a un double impact. D'une part elle produit un effet mobilisateur sur tout le système. D'autre part, elle rassure la famille, le jeune en particulier. Un nombre significatif de jeunes ont déjà eu des thérapies à durée indéterminée, ce qui est anxiogène pour certains d'entre eux.

La thérapie vise aussi l'abstinence. Ce point porte un poids historique et idéologique en Suisse et ailleurs en Europe. Selon les auteurs de la méthode, il s'agit moins d'une position idéologique qu'un but générique permettant de gagner du temps avec la famille et le jeune. Il est intéressant de noter qu'elle génère une clarté qui est peu contesté par le jeune. En plus, elle a un effet « contaminant » sur les parents, qui renforcent progressivement leur position anti drogue.

## Moins de drogue, moins de soucis

La MDFT diminue la quantité de drogues consommées (cannabis, alcool, drogues dures) mieux que n'importe quel autre traitement. Ces bénéfices restent stables, et augmentent même un an après. La MDFT améliore les performances scolaires et diminue les co-morbidités psychiatriques et les troubles du comportement. Ces résultats sont toujours significatifs une année après.

De plus, ce traitement semble avoir un effet sur la délinquance et incite le jeune à réduire ses contacts avec d'autres jeunes présentant des comportements antisociaux. Enfin, La MDFT améliore les conduites parentales et les interactions familiales et suscite moins d'abandon du traitement que les autres thérapies.

Est-ce que la MDFT intégrera le paysage suisse de prise en charge ? Tout reste ouvert et dépend évidemment en grande partie des résultats internationaux de l'étude INCANT [1], prévus pour 2010. Demeurent aussi les questions de l'intérêt des institutions helvétiques à adopter et intégrer une telle méthode, celles de son adaptabilité aux structures spécialisées, des ressources pour une telle implantation, ainsi que les questions liées au remboursement des prestations.

[1] L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et les ministères de quatre autres pays européens soutiennent un projet - nommé INCANT (International cannabis need of treatment) - qui teste l'efficacité de la MDFT en Europe. En suisse, la Fondation Phénix, Genève, et l'Institut de recherche sur la santé publique et les addictions (ISGF), Zurich, ont été mandatées pour mener à bien cette étude. Il s'agit de tester l'efficacité relative de la MDFT par rapport aux traitements habituellement pratiqués dans notre pays en matière de réduction de consommation de cannabis chez les adolescents qui abusent ou qui dépendent de cette drogue. Voir : Nielsen P, Croquette Krok M. Etude de l'efficacité de la thérapie MDFT dans le traitement de l'abus et de la dépendance au cannabis chez l'adolescent. Etude randomisée et standardisée. Genève, protocole de recherche, 2006.

