

Dépendance au cannabis et événements de vie : le poids de la transmission transgénérationnelle

M^{me} Lydia Fernandez*, M^{elle} Agnès Bonnet, M^{elle} Céline Jauffret, M^{elle} Elodie Niel, M^r Jean Louis Pedinielli

* Université de Provence (Aix Marseille I), UFR de Psychologie et des Sciences de l'Education, Centre PsyCLé (Psychologie de la Connaissance, du Langage et de l'Emotion), Bureau A 571 5^{ème} étage, 29 Avenue Robert Schuman, 13621 Aix en Provence cedex 1

☎ : 04 42 95 37 11 ✉ : fernandez.lydia@free.fr et/ou lydiafg@up.univ-aix.fr

Fernandez, L., Bonnet, A., Jauffret, C., Niel, E., Pedinielli, J.L. (2006). Dépendance au cannabis et événements de vie : le poids de la transmission transgénérationnelle. *Alcoologie et Addictologie*, 28, 1.

Dépendance au cannabis et événements de vie : le poids de la transmission transgénérationnelle

Résumé

Notre expérience clinique auprès de sujets évoquant fréquemment durant les entretiens cliniques des événements de vie associés à leur dépendance au cannabis et des histoires familiales autour d'autres dépendances, nous a décidés à étudier le poids de la transmission transgénérationnelle de la dépendance au cannabis et des événements de vie. Les objectifs de notre étude sont de repérer les événements de vie susceptibles d'avoir fragilisé les sujets et favorisé leur dépendance au cannabis et d'étudier le processus de transmission transgénérationnelle de la dépendance au cannabis chez des sujets ayant vécu des événements de vie négatifs ou traumatisants. La population est composée de 30 sujets dépendants du cannabis (et du tabac) recrutés dans une association accueillant des personnes toxicomanes et alcoolodépendantes. Les instruments utilisés sont : le questionnaire de dépendance au cannabis, le test de Fagerström, le test de dépendance psychologique et comportementale au tabac, un entretien semi-directif centré sur l'histoire des consommations tabagique et cannabique, le génogramme. Les résultats montrent que la dépendance au cannabis est favorisée par des événements de vie traumatisants, une transmission familiale transgénérationnelle caractérisée par une cohésion familiale et un support familial défaillants et une surreprésentation familiale des problèmes psychologiques, organiques et des décès sur trois générations.

Mots-clés

Dépendance au cannabis – Dépendance au tabac - Evénements de vie - Transmission transgénérationnelle – Famille.

Summary

Our clinical experience with subjects frequently evoking during the clinical interviews life events associated with their cannabis dependence and family histories around other dependences, decided us to study the weight of the transgenerational transmission of the cannabis dependence and the life events. The objectives of our study are to mark the events of life susceptible to have weakened the subjects and favored their cannabis dependence and to study the process transgenerational transmission in the cannabis dependence in subjects having lived some negative or traumatic events of life.

The population is composed of 30 subjects with cannabis dependence (and tobacco dependence) recruited in an association welcoming drug addict people. The instruments used are: the questionnaire of cannabis dependence, the Fagerström test, the psychological and behavioural dependence tobacco test, a semi-structured interview centered on the history of the consumptions of tobacco and cannabis, the family constellation drawing. The main results show that the cannabis dependence is encouraged by traumatic events of life and a transgenerational family transmission characterized by a family cohesion and a failing family support and a family over-representation of the psychological, organic problems and deaths on three generations.

Key words

Cannabis dependence – Tobacco dependence – Life events – Transgenerational transmission – Family.

Introduction

La consommation de cannabis en France et dans les pays occidentaux s'est largement répandue ces dernières années. En France, chez les jeunes adultes, l'expérimentation du cannabis a doublé depuis le début des années 90 : en 1992, 18% des 18-44 ans déclaraient avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie, contre 35% en 2002. L'augmentation est d'une façon générale d'autant plus forte que la population observée est jeune : ainsi la hausse mesurée parmi les 18-25 ans dépasse celle mesurée parmi les 25-44 ans. En 1999, la France est en tête des pays européens concernant le taux d'expérimentation du cannabis [de 12% en 1993 (1) à 35% en 1999 (2,3)]. A la fin de l'adolescence, en France, environ la moitié des jeunes de 17 ans a essayé au moins une fois le cannabis. Cette proportion augmente tout au long de l'adolescence, vraisemblablement parce que les opportunités d'en avoir consommé sont plus importantes à 18 ans qu'à 14 ans. Mais le type de consommation évolue au cours de la vie, pour la fraction d'expérimentateurs qui continueront leur carrière de consommateurs

(4). En 2003, parmi un échantillon de 982 usagers de cannabis, 96% avaient consommé du cannabis au moins dix fois au cours de leur vie. L'âge médian de la première consommation est de 15 ans. La plupart des personnes (63%) commencent à consommer entre 13 et 16 ans. Il s'agit du produit illicite expérimenté le plus précocement. La consommation récente de cannabis est le fait d'une majorité de personnes rencontrées tant dans l'espace urbain que dans l'espace festif techno (tecknivals, free-parties). Les modalités d'usage sont le joint (la forme la plus rencontrée), la fume à l'aide d'une pipe ou d'un bang et l'infusion ou l'ingestion « space cake » (les formes plus rares) (5). Cette consommation de cannabis est fréquemment associée à la consommation de tabac.

La transmission transgénérationnelle

La transmission de la vie psychique entre générations suscite l'intérêt depuis quelques années. La transmission psychique transgénérationnelle définit la notion de lien et est constitutive du groupement et des rapports du sujet au groupe. Le groupe, et le groupe familial en particulier, en tant qu'appareil de liaison et appareil de transformation, est un appareil de transmissions intergénérationnelle et transgénérationnelle intragroupales (6,7). Le concept de « transgénérationnel » se définit par ce qui *traverse* les générations et ce qui se perpétue d'une génération à l'autre sans avoir pu être élaboré. On verra se transmettre plus fréquemment les métiers, les prénoms, la façon de régler les conflits, etc. Les enfants sont en résonance avec leurs parents. Ainsi, seront transmis les vécus psychiques de ceux qui nous précèdent dans l'ordre des générations. Certains de ces vécus ont pu être psychiquement élaborés, acceptés, pensés, constituant le roman familial, son histoire, ses légendes, ses mythes. Mais d'autres vécus, non pensables, inacceptables psychiquement, ne peuvent s'inscrire ouvertement dans le roman familial. Le silence, le non dit, le tu, les secrets, sorte de failles de la transmission psychique, sont cependant transmis et constituent « le négatif de la transmission », « l'impensé généalogique » (8). La trace de ces failles de la transmission psychique peut réapparaître quelques générations plus tard, sous forme d'énigme ou de signe, trouvant son expression dans certains symptômes individuels somatiques ou psychiques et dans les dépendances.

La question des dépendances

Les travaux théoriques sur les dépendances concernant la transmission psychique transgénérationnelle dans la littérature internationale sont peu nombreux et les travaux

empiriques rares. Les études disponibles sont psychanalytiques et se réfèrent souvent à l'exposé de cas cliniques de patients toxicomanes.

Pour Pedinielli (9), la transmission d'une addiction spécifique pourrait correspondre à deux processus : 1) répétition de l'expérience de l'autre incluant le lien à l'autre, prise de sa place et appropriation des bénéfices secondaires ; 2) nécessité de reconnaître ou de faire reconnaître par un acte l'appartenance à une lignée. La substance addictive agirait comme un support possible de la transmission et l'acte renforcerait l'organisation du lien de filiation narcissique. L'acte, la répétition de l'expérience de l'autre, et la rencontre avec la mort constitueraient les éléments déterminants du processus de transmission. Pedinielli évoque également une particularité de la transmission psychique, celle qui s'effectue sous l'angle de l'échec. Ainsi, l'apparition de conduites addictives serait *l'échec d'une forme de transmission*.

Pour Gayol (10), la dépendance est un problème qui « *court à travers les familles* ». Effectivement, la transmission transgénérationnelle de scénarios se produit souvent sur un enfant de la famille qui deviendra à son tour dépendant d'un toxique ou qui épousera quelqu'un souffrant de la même situation. La tragédie familiale se poursuit donc, transmettant encore et encore aux générations qui suivent l'objet transgénérationnel qu'est la toxicomanie. Lionello et al. (11) ont montré à partir d'un échantillon de 762 toxicomanes que 247 avaient déjà un membre de leur famille qui était toxicomane. Dans 56 familles, on retrouvait deux générations de sujets dépendants de substances psychoactives.

Une étude complète des liens entre les aléas de la vie psychique d'une génération à l'autre et le recours à la toxicomanie a été réalisée par Hachet (12). Il décrit, chez les toxicomanes qui enfants subirent l'influence transgénérationnelle, les circonstances de la transmission de leurs effets – effectuée sur un mode non verbal, mais sensori-moteur – sur l'enfant futur toxicomane, ainsi que les circonstances brutales, déstabilisatrices – de leur révélation éventuelle à l'intéressé par la famille. Selon lui, l'usage addictif de substance interviendrait électivement chez les individus qui au cours de leurs premières années, ont eu une connaissance non cognitive d'un secret de famille occasionnant une souffrance chez ses membres. Ce non dit représente donc bien la faille d'une transmission psychique repérable à la génération suivante. Ce qui n'a pas pu s'exprimer en mots s'exprime par des maux. Ce qui n'a pas été symbolisé va se répéter d'une génération à l'autre par l'intermédiaire de la transmission psychique jusqu'à ce que cet événement ne soit plus vécu comme étranger au psychisme mais soit pensable et par là même intégré dans l'historique familial et non plus tu. D'autres auteurs ont proposé des hypothèses liées au secret familial en relation avec les origines (13) ou encore la transgression (14). Dans une perspective alliant les approches

psychanalytiques et systémiques, Angel et Angel (15) montrent l'intrication puissante des liens qui unissent les jeunes toxicomanes à leurs familles. L'exploration du système familial met souvent en évidence des causes de souffrances diverses et des dysfonctionnements des schémas relationnels intrafamiliaux, dont le symptôme drogue apparaît comme un témoin second ou un effet induit. Ces souffrances et dysfonctionnements sont assez caractéristiques pour permettre une véritable distinction typologique entre les familles d'usagers de drogues au sens large et les familles de toxicomanes au sens strict. D'autres auteurs relient les dépendances à une problématique de deuil au niveau de la famille. Lo Russo (16) rapporte un cas clinique où il met la toxicomanie en rapport avec une incapacité familiale à élaborer les séparations et les deuils, aussitôt compensés par une action. Lecamp (17) mentionne la fréquence d'un deuil mal élaboré dans les familles de toxicomanes. Charles-Nicolas (18, 19) souligne l'aspect dépressif de la mère du toxicomane. Certains auteurs s'intéressent aux rôles, aux caractéristiques ou à l'influence des parents ou des grands parents chez les patients toxicomanes : absence d'homme, de père dans le foyer, père distant ou conflits latents entre le père et l'adolescent ; utilisation de médicaments ou de drogues par le père ; mères indulgentes et laxistes, symbiotiques s'appropriant les enfants ; surcharge des valeurs maternelles qui altère la fonction du tiers paternel nécessaire à l'individuation de l'enfant (20,21,22). Pour Angel et Angel (23), le poids des composantes transgénérationnelles est aussi une caractéristique de ces familles de toxicomanes. Deux composantes existent : celle de la « généalogie de la dépendance » dans laquelle les grands parents interviennent fréquemment dans les conflits de pouvoir, la perspective de leur décès suscitant angoisses de perte et d'abandon ; celle de la « famille nucléaire autarcique » où les conflits successifs avec les lignées parentales et avec les différents environnements ont conduit à des ruptures et à un isolement du noyau familial.

La dépendance au cannabis

Les rares travaux sur la dépendance au cannabis et les sources, composantes ou modèles transgénérationnels montrent que :

- la dépendance au cannabis du jeune est associée avec celle d'au moins un des deux parents (24,25) ; mais il faut aussi tenir compte des influences environnementales agissant sur la famille entière.
- les sujets dépendants du cannabis sont souvent issus de familles désunies quoique de statut socioéconomique plus élevé ; les relations parents-enfants sont décrites comme pauvres bien

que les parents se montrent libéraux ; bien souvent, les pères abusent d'alcool et de tabac, et les mères de tranquillisants (26).

Les travaux sur la dépendance au cannabis, les événements de vie et la transmission transgénérationnelle sont également très rares.

Les caractéristiques du rapport entre événements de vie et dépendances sont : la spécificité de l'événement de vie, la vulnérabilité du sujet et le diagnostic spécifique (27). De nombreuses études sur les relations entre événements de vie stressants (généralement négatifs) et les dépendances ont été conduites. Les dépendances (début et maintien) surviendraient après un excès d'événements stressants négatifs (conflit familial, séparation, divorce, changement professionnel, perte, stress émotionnel, ...) pour diminuer la tension engendrée (colère, par exemple) par ces événements (28,29) sur au moins une génération (29). Ces mêmes événements sont fréquemment impliqués dans la diminution des relations avec les amis et les proches. O'Farrel (30) rapporte que les événements de vie liés à la diminution des relations sont le plus souvent non pas le résultat de l'addiction mais sa cause. On observe un accroissement du nombre d'événements stressants dans l'année qui précède l'entrée en addiction (hypothèse d'une toxicomanie réactionnelle) (31). Certains événements de vie négatifs comme le suicide d'un ami, le rejet des parents ou de l'épouse, les difficultés relationnelles (difficultés avec des collègues, participation à une bagarre, difficultés avec des proches, diminution importante de la vie sociale, ...), l'instabilité ou la diminution de la satisfaction professionnelle (échec professionnel, changement des heures/conditions de travail, changement de travail,...), une infraction à la loi, une arrestation avec risque d'emprisonnement, la détérioration soudaine de la santé (maladie, blessure, grave accident, ...), les négligences parentales envers les enfants mais également les événements de vie traumatiques (abus sexuels), les comorbidités psychiatriques (dépression, suicide, ...) prédisposeraient aux dépendances (32,33,34,35,36).

L'étude de Bader (37) réalisée auprès d'adolescents et de jeunes adultes présentant des troubles du comportement alimentaire et des comportements addictifs et interrogés sur leurs représentations mentales au sujet de leur constellation familiale et des modèles transgénérationnels montre que :

- les adolescents et les jeunes adultes présentant des comportements addictifs ont vécu des événements de vie stressants négatifs dans leurs familles (conflits familiaux, séparations, pertes non résolues). Le modèle transgénérationnel mis en évidence est celui du manque de structuration des figures parentales.

- les adolescentes et les jeunes adultes présentant des troubles du comportement alimentaire signalent des conflits parentaux. Le modèle transgénérationnel mis en évidence est celui d'un conflit mère-fille (« surcharge » de la fonction maternelle) et d'une fonction paternelle défaillante (altération du rôle de tiers paternel).

Pour cet auteur, l'étude de la constellation de la famille et des composantes transgénérationnelles permet de comprendre la pathologie des adolescents et des jeunes adultes présentant des troubles du comportement alimentaire et des comportements addictifs et de mettre en place des stratégies thérapeutiques adaptées.

La plupart des auteurs signalent qu'il faut cependant garder à l'esprit que les recherches récentes dans le champ des événements de vie suggèrent que leur étude doit tenir compte des facteurs psychosociaux à risque, tels que les violences sexuelles sur les enfants, le soutien social, les soins parentaux et les risques biologiques.

Quelques travaux sur la dépendance au cannabis et les événements de vie mettent en relation :

- les événements de vie négatifs et stressants et la consommation de cannabis pendant l'adolescence ou à l'âge adulte (38,39,40).

- le début de la consommation de cannabis, les événements de vie traumatisants pendant l'enfance et certaines caractéristiques familiales : divorce des parents ou du décès d'un des deux parents, alcoolisme du père, consommation ou dépendance au cannabis des parents, pathologie mentale de la mère, violences physiques du père (41). Il semblerait que certaines caractéristiques familiales autant que certains événements traumatisants pendant l'enfance soient des facteurs communs à l'initiation de la prise de cannabis.

- les facteurs de risque liés à la consommation de cannabis (l'usage d'alcool et de substances illicites, les amitiés avec des amis consommateurs d'alcool ou de drogue, l'activité délinquante, la cohésion familiale, le support social et affectif de la famille, les symptômes dépressifs, l'ambition professionnelle, les événements stressants majeurs chez les jeunes adultes) et leur rôle peuvent prédire selon le type de consommation les conséquences attendues à l'âge adulte (40).

- les événements de vie (perte, séparations, ...) impliqués dans la diminution des relations avec les amis et les proches et la motivation à l'arrêt du comportement addictif chez des femmes en traitement pour leur dépendance au cannabis (42). Cependant, le développement de nouvelles relations et l'amélioration de celles-ci sont fréquemment cités dans l'initiation et le maintien ou la rechute du comportement addictif (43).

L'étude

Objectifs

La lecture des travaux de la littérature concernant la dépendance au cannabis, les événements de vie et la transmission transgénérationnelle ainsi que notre expérience clinique auprès de sujets évoquant fréquemment durant les entretiens cliniques des événements de vie associés à leur dépendance au cannabis et des histoires familiales autour d'autres dépendances, nous a décidés à étudier le poids de la transmission transgénérationnelle de la dépendance au cannabis et des événements de vie.

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes fixé les objectifs suivants :

- évaluer la dépendance au tabac (car l'association tabac-cannabis est très fréquente) ;
- repérer les événements de vie susceptibles d'avoir fragilisé les sujets et favorisé leur dépendance au cannabis ;
- étudier le processus de transmission transgénérationnelle de la dépendance au cannabis chez des sujets ayant vécu des événements de vie négatifs ou traumatisants.

Nous faisons l'hypothèse que la dépendance au cannabis est favorisée par des événements de vie fragilisants ou traumatisants et une transmission familiale transgénérationnelle de la dépendance.

Instruments et procédure

Afin de répondre à nos objectifs et à notre hypothèse, nous avons retenu les instruments d'évaluation suivants :

En raison de la consommation de tabac souvent associée à celle du cannabis, nous avons décidé d'évaluer la dépendance tabagique de notre population avec le :

- *Test de Fagerström* (test de dépendance physiologique à la nicotine, 44) : 6 items. Le score total indique un degré ou une intensité de dépendance (0-3 : pas de dépendance ; 4-7 : dépendance modérée ; 8-10 : dépendance forte). Le test de Fagerström est l'outil le plus utilisé pour mesurer l'intensité de la dépendance à la nicotine. Il est recommandé par la Conférence de Consensus sur l'arrêt de consommation de tabac d'octobre 1998.

- *Test de dépendance psychologique et comportementale au tabac* (TDPC, 45) : 17 items regroupés en 6 catégories : addiction psychologique ou besoin ; habitude ; manipulation ; stimulation ; relaxation/plaisir ; réduction de la tension. Un score ou indice de dépendance psychologique et comportementale au tabac est attribué en fonction des réponses choisies (5 toujours, 4 souvent, 3 à l'occasion, 2 rarement, 1 jamais). Le score total indique un

degré ou une intensité de dépendance (de 1 à 27 : faible dépendance psychologique et comportementale au tabac ; de 28 à 56 : dépendance psychologique et comportementale au tabac moyenne ; de 57 à 85 : forte dépendance psychologique et comportementale au tabac).

- *La dépendance au cannabis* a été évaluée par le questionnaire de dépendance au cannabis (Q.D.C., 46). Il est composé de 8 items. Les questions 1,2,3 font référence à la dépendance « physiologique » du cannabis. Les questions 4,5,6 s'intéressent à la dépendance « psychologique » du cannabis. Les questions 7,8 concernent la dimension « sociale » du cannabis. Les notes obtenues aux 8 questions sont additionnées, donnant lieu au score de dépendance au cannabis. Le score de dépendance s'échelonne de 4 à 18. Le score total indique un degré ou une intensité de dépendance (de 4 à 7: faible dépendance ; 8 à 12 : dépendance moyenne ; 13 à 18 : dépendance forte).

- *Un entretien semi-directif* centré sur l'histoire des consommations tabagique et cannabique, sur l'âge lors des premières consommation et le début de la dépendance, la fréquence de la consommation, le lieu de la consommation, les périodes sans consommation, les conséquences, les raisons de cette consommation, les sensations physiques et psychiques ressenties a été construit pour la recherche.

- *Le questionnaire d'événements de vie d'Amiel-Lebigre (47)* a permis le relevé des événements de vie prenant tout particulièrement en compte l'aspect subjectif, ressenti par le patient. Cette évaluation s'effectue lors d'un entretien clinique, où 52 propositions et une question libre sont passées en revue. On repère le moment de survenue de l'événement (6 mois, 1, 2, 5 ans) en faisant une croix dans la colonne correspondante. Ensuite, l'importance de l'impact subjectif est cotée par le patient qui donne une note à chaque proposition relevée (cotation censée refléter l'impact subjectif que l'événement a eu sur lui).

Le sujet doit préciser la date de survenue de chaque événement (mois et année dans la colonne date) ainsi que le ressenti affectif (colonne impact), c'est-à-dire la difficulté que l'événement a représenté pour le sujet au moment où celui-ci est arrivé. La quantification de l'impact se fait de 0 (impact nul) à 100 (impact maximal) [de 0 à 30, très faible impact ; de 30 à 50 faible impact ; de 50 à 70, impact moyen et enfin au-delà de 70, fort impact].

Cet outil permet le contrôle de plusieurs variables : gravité ressentie mais reconnue, indépendance par rapport à la maladie, contamination par la manière dont le sujet réagit, focalisation de ces événements sur le sujet ou sur d'autres personnes moins directement concernées.

A la fin de l'entretien, l'ensemble de la cotation est repris avec le patient afin de modifier, de pondérer les notes. Le patient peut également apporter des précisions sur les événements de vie rapportés.

- Le *généogramme* (15,48) est un outil qui permet de représenter graphiquement la famille dans son histoire sur plusieurs générations (les liens qui unissent la famille, la qualité de leur relation, ainsi que les informations médicales, familiales et psychosociales qui s'y rattachent). Le sujet va y figurer chacun des membres de sa famille (nom, âge, sexe), les événements (dates exactes des naissances, mariages, séparations, divorces, décès et autres événements de vie, passés mais aussi actuels significatifs), les indications datées des activités, occupations, lieux de résidence, maladies, changements dans le développement vital). Le temps d'administration varie de quelques minutes à plus d'une heure selon le type d'informations que l'on veut recueillir et les priorités de l'entretien. Dans notre étude, le généogramme avec la présentation des conventions graphiques est associé à un entretien semi-structuré. Le généogramme intéresse le psychologue clinicien parce qu'il forme des représentations tangibles et graphiques d'une famille. Il permet à celui-ci de dresser la carte de la structure familiale de façon claire, de noter et de mettre à jour le portrait d'une famille au fur et à mesure qu'il apparaît. Il peut surtout faciliter le recueil, l'organisation et l'utilisation des données familiales. De ce fait, il est donc possible d'aborder plus aisément les sujets touchant à la famille et facilite l'expression des troubles familiaux. Il offre au moment opportun une représentation interactionnelle qui vient désigner des souffrances et des problématiques. Son maniement technique est simple. Il constitue un résumé clinique efficace, qui favorise la saisie rapide d'une grande quantité d'informations sur la famille. Il représente une riche source d'hypothèses sur la manière dont un problème clinique peut être relié au contexte familial, ainsi que sur l'évolution du problème et de son contexte. Il peut enrichir considérablement le travail clinique. Il constitue un instrument inestimable pour la recherche des modèles de fonctionnement, de relations et de structure qui se poursuivent ou changent d'une génération à l'autre. On peut déceler, ainsi diverses dynamiques à travers des générations. Il met à jour l'expérience émotionnelle des générations antérieures, ainsi que leurs traces dans l'imaginaire familial actuel pour éclairer le vécu de la génération présente et l'aider à se ressaisir de façon active et consciente de cette dynamique implicite. Il offre une lecture transgénérationnelle de l'histoire familiale du sujet, dont il associe à la fois les éléments généalogiques et aussi les événements importants et les relations les plus marquantes. Il repose sur l'hypothèse que les modèles relationnels des générations antérieures peuvent fournir des modèles implicites pour le fonctionnement familial de la génération suivante. Les histoires familiales se répètent, et ce

qui arrive dans une génération se jouera souvent dans la suivante (mêmes solutions adoptées d'une génération à l'autre, même si le comportement actuel change dans ses formes : « transmission multigénérationnelle de patterns familiaux »).

Insérer le Tableau I

La passation des échelles et du génogramme (entretien semi-directif autour du génogramme et réalisation du génogramme) d'une durée d'environ deux heures a été effectuée par des psychologues cliniciennes.

Population et lieu de la recherche

Les sujets de notre étude (18 hommes et 12 femmes) ont été recrutés dans une association accueillant des personnes toxicomanes et alcoolodépendantes. Les sujets dépendants de l'alcool et d'autres substances psychoactives (héroïne, cocaïne, amphétamines, ecstasy, L.S.D.) ont été exclus de l'étude.

Le consentement libre et éclairé a été obtenu. La moyenne d'âge est de 37,7 ans (DS : 1,83). Les sujets vivent en couple. 15 sont mariés et 15 sont célibataires. Ils exercent une activité professionnelle. 18 ont des enfants. Ils habitent en milieu urbain.

Analyse des données

Le recueil des données a été effectué selon la procédure décrite et de manière anonyme. Les données ont été saisies sur une base de données. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide des statistiques descriptives (moyennes, écarts types) et des statistiques inférentielles traditionnelles (comparaisons de moyennes). Le traitement statistique a été réalisé avec le logiciel SPSS.

Résultats

Dépendance tabagique

Dans notre étude, les scores obtenus au test de Fagerström et au T.D.P.C. sont élevés chez les hommes et chez les femmes. La moyenne de l'ensemble de nos sujets au test de Fagerström est de 8,40 (DS : 0,72). Ceci traduit une forte dépendance physiologique à la nicotine et une forte dépendance psychologique et comportementale au tabac (les 6 catégories sont impliquées dans ces résultats : addiction psychologique ou besoin ; habitude ; manipulation ; stimulation ; relaxation/plaisir ; réduction de la tension). La moyenne des sujets au T.D.P.C. est de 70,66 (DS : 7,80).

Les sujets ont tous commencé à fumer à l'adolescence, vers l'âge de 15-16 ans, et ont conscience de leur dépendance physiologique qui s'est installée dès les premières années de consommation. La durée moyenne du tabagisme est de 12 ans. Pour l'ensemble des sujets, la consommation de tabac (cigarettes : entre 15 et 20 cigarettes par jour) est quotidienne. Ils fument seuls ou en groupe, à différents moments de la journée ou de la nuit.

Les principales raisons du tabagisme sont : l'appartenance à un groupe, la convivialité, l'ennui et la recherche de nouvelles sensations et expériences.

Les sensations physiques ressenties sont : le plaisir, la relaxation, la détente, l'effet antifatigue, la stimulation. Les sensations psychiques ressenties sont : la diminution de la tristesse, des angoisses et de l'impact de certaines émotions (colère par exemple), un bien-être facilitant le contact.

Les conséquences de la consommation de tabac sur la santé ne sont pas abordées par les sujets. Les sujets n'ont pas bénéficié de prise en charge antérieure, en milieu hospitalier, pour leur dépendance tabagique et n'ont pas envisagé de sevrage tabagique. Notons que les femmes ayant eu des enfants ont essayé de diminuer leur consommation de tabac pendant leur grossesse mais sans arrêter leur consommation tabagique.

Dépendance au cannabis

Tous les sujets présentent plus de trois critères diagnostiques de dépendance à une substance selon le DSM sur une période de 12 mois. Ils sont dépendants du cannabis.

Au Q.D.C., les sujets de notre échantillon présentent une dépendance au cannabis moyenne (les 2 catégories de dépendance [physiologique (faible) et psychologique (modérée)] et la dimension sociale (importante) de la consommation de cannabis sont impliquées dans ces résultats). La moyenne de l'ensemble de nos sujets hommes et femmes au Q.D.C. est de 8,66 (DS : 0,84).

L'âge de la première prise (joint) se situe entre 15 et 16 ans. L'installation dans la dépendance au cannabis est plus tardive vers 18 ans en moyenne. Pour l'ensemble des sujets, la fréquence de la consommation est quotidienne (un à deux joints par jour), de préférence le soir et en groupe mais également solitaire selon les moments. Les raisons de la consommation de cannabis sont : la recherche de nouvelles sensations et expériences, par ennui et pour fuir la réalité, l'appartenance à un groupe, la convivialité. Les conséquences de la consommation de cannabis sur la santé, le travail ou les relations avec les proches ne sont pas abordées.

Les sensations physiques ressenties sont la détente, l'effet hypnotique et l'augmentation des sensations corporelles. Les sensations psychiques ressenties sont un effet euphorisant et

favorisant le contact avec les autres surtout quand la consommation est festive (entre proches et amis). Les sujets indiquent une majoration de la tristesse et des angoisses lors de consommations accentuées de cannabis (très rarement 5 à 6 joints par jour, pour 12 sujets sur 30). Ils disent également ressentir un flottement psychique amnésiant et la perception d'un ralentissement du temps.

Questionnaire d'événements de vie d'Amiel-Lebigre

Le nombre moyen d'événements de vie vécus comme négatifs ou traumatisants est de huit (DS : 1,14). L'impact émotionnel est généralement fort (≥ 70). Dans notre échantillon, les hommes ne présentent pas plus d'événements de vie traumatisants que les femmes ($U = 106$, $p = .93$).

D'un point de vue qualitatif, nous constatons que les séparations ou le divorce des parents à cause de l'augmentation des disputes ou de l'infidélité d'un des deux parents, le décès d'un des deux parents, d'un autre membre de la famille (grand père, grand mère, oncle, tante, ...) ou d'un ami sont cités comme événements de vie traumatisants par 24 sujets sur 30. La perte d'un enfant est signalée par un sujet (fausse couche) comme événement traumatisant. L'impact émotionnel de ces événements est fort (≥ 70). Les problèmes de santé physiques (maladies : cancer, tuberculose,... ; blessures graves dues aux addictions : alcool, tabac, cannabis ; dues aux conduites à risque : accidents de voiture, de moto) ou psychiques personnels ou de proches (dépression, anxiété, suicide, trouble du comportement alimentaire,...) sont également vécus de manière traumatisante par 25 sujets sur 30. L'impact émotionnel de ces événements est fort (≥ 70). Des difficultés financières ponctuelles ou diminutions de revenus sont signalés par 12 sujets sur 30 comme événements de vie négatifs. L'impact émotionnel à ces événements est moyen (≥ 50). Nous ne constatons pas pour ces sujets de problèmes judiciaires (poursuite judiciaire, violation des lois, ...) dus à la dépendance au cannabis, ni de problèmes professionnels (instabilité professionnelle, échec professionnel, ...).

Insérer Tableau II

Entretien semi-directif et génogramme

Les informations recueillies sur la constellation familiale des sujets à partir de l'entretien semi-directif et du génogramme s'étendent sur trois générations et ont été regroupées dans le tableau III sous forme de synthèse. L'axe transgénérationnel permet d'avoir une meilleure

connaissance de la « saga familiale » de ces sujets en repérant les schémas répétitifs retrouvés sur plusieurs générations à travers l'histoire parentale et grand-parentale.

D'un point de vue qualitatif à partir du dessin du génogramme et du récit des histoires des sujets, nous constatons que :

- la cohésion familiale et le support familial sont souvent mis en défaut par des conflits familiaux et des violences familiales entre parents et enfants créant des dysfonctionnements relationnels et comportementaux (fugues par exemple).
- la surreprésentation familiale des troubles psychopathologiques ou comportementaux du côté des parents (anxiété ou dépression de la mère, de la grand-mère, troubles des conduites alimentaires de la mère ; alcoolisme du père et du grand-père ; abus de médicaments par la mère par exemple) ; du côté des enfants et des frères et sœurs (anxiété, dépression, tentative de suicide, trouble des conduites alimentaires, par exemple),
- la surreprésentation familiale des problèmes organiques et des décès du côté des parents (mort violente, décès à la suite d'une maladie grave [cancer]) ; du côté des enfants (graves blessures dues à des accidents).

Insérer le Tableau III

Discussion

Dépendance au tabac et dépendance au cannabis

Les sujets de notre étude présentent une dépendance au cannabis moyenne. La dépendance au cannabis est généralement associée à une dépendance physique faible, attestée par une tolérance à des doses de plus en plus élevées et quelques manifestations de sevrage à l'arrêt (49). La dépendance psychologique au cannabis est modérée. Les fumeurs de notre échantillon présentent également une dépendance au tabac forte.

Ces résultats vont dans le sens des travaux de la littérature internationale attestant l'association cannabis-tabac (50,51,52,53,54,55).

Chez les adolescents notamment, l'association cannabis-tabac est quasiment constante en France (compte tenu de la modalité d'usage la plus rencontrée, le « joint »). Les travaux (56,49,5,2,3) montrent que le taux d'expérimentation diffère selon les substances. Durant la vie, la majorité a consommé du tabac et de l'alcool et dans une moindre mesure du cannabis mais le taux d'expérimentation ainsi que la proportion des consommateurs actuels parmi les expérimentateurs ne cesse d'augmenter pour le cannabis, plus que pour le tabac ou l'alcool. Cette polyconsommation augmente avec l'âge. Les liaisons entre les consommations

régulières d'alcool, de tabac et de cannabis sont significatives. Cette polyconsommation est favorisée par une meilleure accessibilité des substances (tabac, alcool et plus récemment cannabis) et les personnes rencontrées dans l'espace urbain et festif (dimension sociale).

Dépendance au cannabis, événements de vie et transmission transgénérationnelle

Nous discuterons les résultats de notre étude à partir des facteurs pathogènes vis-à-vis desquels, la dépendance apparaît comme une réponse symptomatique, facteurs qui seront associés à des événements de vie en lien avec l'histoire familiale : conflits familiaux (relation conflictuelle, mésentente, dispute) ; présence de thèmes dits « morbides » (maladie, violence intrafamiliale, décès familial, psychopathologies). Ces facteurs fonctionnent sur l'axe transgénérationnel (parents-enfants) et sur l'axe intergénérationnel au sein des fratries.

Les sujets de notre étude rapportent des événements de vie qualifiés de négatifs ou de traumatisants sur plusieurs générations. Les problématiques familiales (conflits familiaux, violences familiales) sont prédominantes et semblent avoir fragilisé les sujets qui les ont vécues comme traumatisantes de part le fort impact émotionnel qu'elles ont suscité. Dans ces familles, il apparaît au vu des entretiens et du génogramme, que l'enfant ou l'adolescent a servi de point d'ancrage sur lequel va se fixer et se développer les conflits. Telle grand-mère va critiquer sévèrement sa fille à propos de son action éducative et désigner l'enfant comme le témoin de l'échec pédagogique. Tels parents vont se reprocher mutuellement l'influence négative qu'a le comportement de l'autre sur l'enfant. L'enfant sert de prétexte permanent au déclenchement des disputes et des remontrances que chacun a à faire sur l'autre et peut être utilisé comme prétexte à des ruptures, séparations entre les parents ou les grands-parents. Ces graves dysfonctionnements relationnels traduisent chez les parents d'une part, des carences affectives subies, d'où une grande vulnérabilité et un besoin de protection qui majorent souvent la tendance conflictuelle et d'autre part, des capacités d'élaboration bloquées. Dans ce contexte, l'autonomisation de l'enfant ne peut être réalisée puisque l'enfant a été instrumentalisé par l'un des deux parents pour exprimer sa position dans la structure familiale et pour se protéger. Déviance, marginalité, comportements antisociaux, transgressions, fugues, conduites addictives et/ou à risque sont souvent les solutions recherchées par le jeune à la souffrance liée à son instrumentalisation. La dépendance retourne l'enjeu du conflit. En étant dépendant d'une substance, le jeune cherche à se faire reconnaître (recherche d'une reconnaissance identitaire) et à développer une personnalité cohérente, lisible tant pour lui-même que pour le monde qui l'entoure. Il semble que le lien au produit tient lieu de référent

de substitution, cognitif et affectif. Par cette sorte d'affiliation de substitution, la dépendance signe l'impossibilité de l'héritage familial (15).

Les sujets de notre échantillon rapportent des problèmes psychologiques. Ces résultats vont dans le sens des enquêtes épidémiologiques qui ont clairement relevé une surreprésentation chez les parents ou la fratrie d'un sujet addicté des problèmes psychopathologiques (dépression, anxiété, tentatives de suicide, ...), comportementaux et sociopathologiques (alcoolisme, prise de médicaments, par exemple). Ils nous apprennent qu'il existe un risque majoré de fragilités psychopathologiques présentées par les parents ou les membres de la fratrie du sujet dépendant au cannabis et/ou au tabac. Il serait donc possible de prédire un risque de dépendance accru à partir d'épisodes psychopathologiques avérés dans le cercle familial proche mais surtout s'attendre à ce que des problèmes psychopathologiques se déclenchent ou se révèlent dans le groupe familial proche et notamment dans la fratrie.

Les sujets de notre échantillon rapportent des problèmes organiques et des décès. Nombreux sont les parents ou grands parents de sujets dépendants qui présentent des maladies organiques sévères souvent banalisées (cancers, accidents, séquelles d'accidents, par exemple) et révélées au cours d'entretiens cliniques. Un bouleversement émotionnel face à un décès familial peut induire ou renforcer une dépendance. La mort dans la famille interroge les capacités de la famille à traverser et à dépasser une épreuve ou une crise. Il faut tenir compte de plusieurs facteurs par rapport à l'état d'élaboration du travail de deuil des différents membres de la famille : les facteurs contextuels (circonstances et contexte du décès) et les facteurs psychologiques (structure interactionnelle propre du système familial). Une mort dans la famille peut déclencher un bouleversement des transactions familiales et une déstructuration des personnalités individuelles. Ce qui est en cause dans la genèse de la dépendance, ce ne sont pas tant les événements de mort eux-mêmes, que la manière dont ils sont élaborés par le sujet dépendant au niveau individuel et familial, manière qui dépend de la structure interactionnelle tissée entre les vivants.

Face à une telle dynamique familiale, dans laquelle la maladie ou la mort est présente, la dépendance peut être une réponse pathologique qui favorise un refuge hors de la réalité morbide. Chez le sujet addicté, le passage à l'acte addictif remplace l'élaboration et prend la place des représentations morbides. La dépendance fonctionne souvent comme un écho de la maladie du parent, comme une répétition du risque vital encouru par le parent malade.

Conclusion

Cette étude permet de mieux comprendre le poids de la transmission transgénérationnelle (les différents aspects de la généalogie familiale de la dépendance) chez des sujets dépendants du cannabis (et du tabac) et ayant vécu des événements de vie négatifs ou traumatisants. Elle devra se poursuivre pour permettre de spécifier la singularité de l'attrait pour le cannabis dans la dynamique familiale de la dépendance.

La poursuite de cette étude permettra d'obtenir un échantillon plus conséquent pour affiner ces résultats préliminaires. Un groupe contrôle avec des patients alcoolo-dépendants et un autre groupe contrôle de sujets ne présentant pas d'addiction semblent nécessaires pour établir des comparaisons et mettre en évidence les spécificités des patients dépendants du cannabis et du tabac. Il semble aussi nécessaire d'inclure une échelle de psychopathologie générale (de type SCL-90). L'évaluation de la symptomatologie psychopathologique polymorphe (troubles et co-morbidités induits par la dépendance au cannabis) permettra de repérer la présence d'une souffrance, d'un dysfonctionnement ainsi que les modalités (les symptômes) utilisées par les sujets dépendants du cannabis et du tabac pour y faire face.

Références bibliographiques

- 1- Choquet M., Ledoux S. Adolescents. Paris : Inserm, 1994.
- 2- Beck F., Legleye S. Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes. *Tendances* 2003 ; 6 p.
- 3- Beck F., Legleye S., Spilka S. Atlas régional des consommations des produits psychoactifs des jeunes français. Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002-2003. Saint Denis : OFDT, 2005, 224 p.
- 4- Beck F., Legleye S., Perreti-Watel P. Rapport ESCAPAD 2000. Paris : OFDT, 2000.
- 5- Bello P.Y., Toufik A., Gandilhon M., Giraudon I. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif TREND, Octobre, 2004.
- 6- Kaës R. La transmission psychique intergénérationnelle et intergroupe : aspects pathologiques, thérapeutiques et créatifs. Rapport. Université Lyon 2, Association de recherches et d'intervention en sciences humaines. Centre de recherches cliniques sur les formations intermédiaires, Lyon, 1985, 178-221.
- 7- Kaës R. Objet et processus de la transmission. In Guyotat J., Fedida P. et coll. Généalogie et transmission. Paris : Echo-Centurion, 1986, 15-24.
- 8- Eiguer A. et al. Le générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique. Paris : Dunod, 1997.
- 9- Pedinielli J.L. Addiction et transmission. In Actualités transgénérationnelles. Paris : Psychanalyse et Psychiatrie, 1985, 182-189.
- 10- Gayol G.N. Codependence : a transgenerational script. *Transactional analysis journal* 2004 ; 34, 4, 312-322.
- 11- Lioniello M. La tossicomania transgenerazionale. *Rivisti di Psichiatria* 2000; 35, 2, 79-86.
- 12- Hachet P. Les toxicomanes et leurs secrets. Paris : Les Belles Lettres, 1996.
- 13- Charles-Nicolas A. Fantasma et conduites ordaliques. In Prieur B. et al. L'anorexique, le toxicomane et leur famille. Paris : Éditions Sociales Françaises, 1989.
- 14- Ausloos G. Secrets et questions à l'adolescence. *Le journal des psychologues*, 1990; 80.
- 15- Angel S., Angel P. Les toxicomanes et leurs familles. Paris : Armand Colin, 2002.
- 16- Lo Russo A. Toxicomanie : une action qui remplace le deuil. *Bulletin de liaison du Centre National de Documentation sur les Toxicomanies* 1988 ; 14.
- 17- Lecamp M. Paradoxes et inscription dans une lignée dans le parcours d'un toxicomane. *Interventions* 1993; 41.

- 18- Charles-Nicolas A. Processus toxicomanogènes. In Venisse J.L. et al. Les nouvelles addictions. Paris : Masson, 1990.
- 19- Hachet P. Étude psychanalytique des toxicomanies. *Alcoologie & Addictologie*, 2002, 24, 2, 143-148.
- 20- Prendergast T.J. Family characteristics associated with marijuana among adolescent drug abuse. *International Journal of the Addictions* 1974; 9, 827-839.
- 21- Harbin H.T., Masiar H.M. The families of Drug Abusers: a literature review. *Family Process* 1975; 14, 3, 411-431.
- 22- Kaufman E.; Kaufman P. Family therapy of Drug and alcohol Abuse. New York : Gardner Press, 1979.
- 23- Angel, P., Sternschuss-Angel, S. La famille du toxicomane : revue critique de la littérature. *Psychiatrie de l'Enfant* 1988; 26, 1, 237-255.
- 24- Stallings M.C., Hewitt J.K., Lessen, J.M. Modelling the familial transmission of alcohol dependence symptom counts in clinical and control family pedigree. *Drug Alcohol Depend* 2001; 63, 1; S 151.
- 25- Hopfer, C.J. Family marijuana use, abuse and dependence. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003; 42, 7, 834-841.
- 26- Mc Glothin W.H. Drug use and abuse. *Annual Review of Psychology* 1975; 26, 45-64.
- 27- Gorman D; Brown G. Recent developments in life events research and their relevance for the study of addiction. *British Journal of Addiction* 1992; 87, 837-849.
- 28- Chen X. Life stressors, anger and internalization, and substance abuse among American Indian adolescents in the Midwest: An empirical test of general strain theory. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences* 2003; 64, 3-A, 1091.
- 29- O'Farrel T.J. Marital and Family Therapy in alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1989; 6, 23-29.
- 30- Tatossian A., Charpy J., Remy, M. Etude des événements dans la vie de 120 éthyliques chroniques : études préliminaire. *Annales Medico-Psychologiques* 1983; 141, 8, 825-841.
- 31- Dinges, N.G. Stressful life events and co-occurring depression, substance abuse and suicidality among American Indian and Alaska Native adolescents. *Culture, Medicine & Psychiatry* 1992-1993; 16,4, Special issue: The co-morbidity of depression, anxiety, and substance abuse among American Indians and Alaska Natives, 487-502.
- 32- Sherman B.R. Identification and treatment of traumatic life experiences. Addiction and pregnancy: Empowering recovery through peer counselling. Sherman, Barry R. (Ed); 93-106. Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group, Inc, 1998.
- 33- Zinsmeister R., Duquesne V. The formative power of aversive life events in recovery for personal addiction. *Humanities and Social Science* 1996; 57(1-A), 275.
- 34- Elisha R., Galaif M.D., Newcomb J. Perspective relationship between drug problem and work adjustment in a community sample of adult. *Journal Applied Psychology* 2001; 86, 337-350.
- 35- Ondersma, S.J. Predictors of neglect within low-SES families: The importance of substance abuse. *American Journal of Orthopsychiatry* 2002; 72, 3, 383-391.
- 36- Brown S. Life events adolescents in relation to personal and parental substance abuse. *American Psychiatric Association* 1989; 146,4, 484-489.
- 37- Bader M. Composantes transgénérationnelles dans les toxicomanies et les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Psychiatrie de l'Enfant* 2004 ; 47, 2, 393-441.
- 38- Siquiera L. The relationship of stress and coping methods to adolescent marijuana use. *Substance Abuse* 2001 ; 22,3, 157-166.
- 39- Zimmerman M. A longitudinal study of stress-buffering effects for urban African-American male adolescent problem behaviors and mental health. *Journal of Community Psychology* 2000; 28, 1, 17-33.
- 40- Margit W; Windle M. Trajectories of Marijuana use from adolescence to young adulthood: predictors and outcomes. *Development and Psychopathology* 2004; 16, 1007-1027.
- 41- Risser D., Bonsch A., Schneider B. The family background of drug related deaths: a descriptive study based on interviews with relatives of deceased drug users. *Journal of Forensics Sciences* 1996; 41, 6, 961-962.
- 42- Nadeau L. Les problèmes liés à l'alcool chez les femmes, l'examen de l'hypothèse d'une interaction entre des facteurs de vulnérabilité et des agents déclencheurs. *Canadian Journal of Behavioural Science* 1990; 22, 433-444.
- 43- Vaillant G.E. What can long - term follow up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction. *British Journal of Addiction* 1987 ; 3, 1147-1157.
- 44- Heartherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 1991; 86,9, 1119-1127.
- 45- Fernandez-Galan L. Addiction tabagique et disposition narcissique chez des fumeurs consultant pour sevrage tabagique. Thèse de Doctorat Nouveau Régime, Université Toulouse Le Mirail, UFR de Psychologie, 3 Octobre 1997.

- 46- Bernoussi A., Addiction au cannabis et personnalité limite. Thèse de Doctorat Nouveau Régime, Université Toulouse Le Mirail, UFR de Psychologie, juin 1999.
- 47- Bouvard M. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Paris : Masson, collection Pratiques en psychothérapie, 2000, 274-276.
- 48- Garnier A.M., Mosca F. Génogrammes. Mille et un contes de familles. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2005.
- 49- Crips. L'usage problématique de cannabis. *Revue Toxibase* 2004 ; numéro spécial 12, lettre du Crips, numéro 70.
- 50- Patkar A.A. Medical Symptoms Associated with Tobacco Smoking with and without Marijuana Abuse among Crack Cocaine-dependent Patients. *American Journal on Addictions* 2005; 14,1, 43-53.
- 51- Moolchan E.T. History of marijuana use and tobacco smoking topography in tobacco-dependent adolescents. *Addictive Behaviors* 2004; 29, 4, 699-706.
- 52- Tullis, L.M. Marijuana and Tobacco: A Major Connection? *Journal of Addictive Diseases* 2003; 22, 3, 51-62.
- 53- Ford D.E., Johns H.U. Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample. *Drug & Alcohol Dependence* 2002; 67, 3, 243-248.
- 54- Moore B.A. Tobacco smoking in marijuana-dependent outpatients. *Journal of Substance Abuse* 2001; 3,4, 583-596.
- 55- Degenhardt L. The relationship between cannabis use and other substance use in the general population. *Drug & Alcohol Dependence* 2001; 64, 3, 319-327.
- 56- Choquet M., Ledoux S., Hassler, C. Alcool, tabac, cannabis et autres drogues licites parmi les élèves de collège et de lycée. ESPAD France, Paris : OFDT, tome 1, Février 2002.

Tableau I : Scores obtenus aux différents questionnaires

Questionnaires	N = 30
	Moyennes (écarts types)
Test de Fagerström	8,40 (0,72)
TDPC	70,66 (7,80)
QDC	8,66 (0,84)
QEV	8 (1,14)

Tableau II : Grille de l'entretien semi-structuré utilisée lors du génogramme

<p>1. Situation de la famille immédiate de la personne identifiée (Présentation de la première série de conventions graphiques) Personne identifiée, conjoints, enfants et situations familiales (s'il y a lieu) Ses frères et sœurs (du plus âgé à gauche au plus jeune à droite) conjoints, enfants et situations familiales (s'il y a lieu) Ses parents, situations familiales (s'il y a lieu) Entourer les personnes vivant sous le même toit</p>	<p>7. L'évolution du trouble A qui avez-vous parlé en premier de votre dépendance ? Comment a-t-il (elle) réagit ? Est-ce qu'il (elle) l'a pris au sérieux ? Les relations familiales ont-elles changé quand la dépendance débuta ? / Quels autres problèmes existaient déjà ? La famille voit-elle votre dépendance différemment maintenant ? / De quelle façon, meilleure ou pire ? Que se passera-t-il si le problème persiste / disparaît ? / Comment apparaît le futur ? / Quels sont les changements que les membres de la famille imaginent pour le futur ? /</p>
<p>2. Questions concernant la pathologie Que connaissent les membres de votre famille de votre dépendance ? Comment chacun l'a ressenti et y a répondu ? Quelqu'un dans la famille a-t-il eu un problème semblable ? si oui, quelles décisions ont été prises et par qui ?</p>	<p>8. Les relations familiales et les rôles (Présentation de la deuxième série de conventions graphiques) Y a-t-il des membres de la famille qui ne parlent pas à d'autres ou y a-t-il eu des périodes où cela s'est produit ? / Y a-t-il des personnes qui ont de sérieux conflits avec d'autres ? / Y a-t-il des membres de la famille qui sont étroitement liés ? / Qui aide lorsque cela s'avère nécessaire ? / A qui les membres de la famille se confient-ils ? / Tous les couples ont des difficultés, quels sont selon vous les problèmes que vos parents ont rencontrés ? Y a-t-il des membres de votre famille qui ont des difficultés particulières avec leurs enfants ?</p>
<p>3. Situation en cours Qu'est-ce qui est arrivé récemment à votre famille ? Y a-t-il eu des changements récents dans votre famille ?</p>	<p>9. Clarifier la structure des rôles Qui dans la famille est vécu comme : → le responsable ? / celui qui pose problème ? / le « malade » ? → le fort ? / faible ? / dominant ? soumis ? / → le battant ? / le perdant ? / → le chaleureux ? / froid ? / disponible ? / distant ? / Est-ce que les membres de votre famille ont des surnoms particuliers ? Comment qualifieriez-vous la nature de la relation avec votre mère / père ? Comment qualifieriez-vous la nature de la relation de vos frères et sœurs avec votre mère / père ? Comment qualifieriez-vous la nature de la relation entre vous et vos frères et sœurs ?</p>
<p>4. Contexte familial élargi Combien de frères et sœurs avaient votre mère / père (du plus âgé à gauche au plus jeune à droite) ? conjoints, enfants et situations familiales (s'il y a lieu) Les grands-parents maternels / paternels, situations familiales (s'il y a lieu) Cause du décès s'il y a lieu Parmi les membres de votre famille, savez-vous s'il y a eu des enfants adoptés / recueillis / morts nés / des avortements / des fausses couches ?</p>	<p>10. Questions ajoutées Pouvez-vous me décrire votre mère / père ? Comment pensez-vous que votre mère / père vous décrirait ? Comment définiriez-vous votre famille ?</p>
<p>5. Contexte social Y a-t-il des personnes extérieures à votre famille qui ont ou qui jouent un rôle significatif, qui ont de l'importance dans votre vie ? Quelqu'un de l'extérieur a-t-il vécu dans votre famille ? ↳ si oui, quand ? Où est-il maintenant ? Avez-vous eu à faire à des médecins, professionnels de la santé ou à des institutions ? Si oui, pour quelles raisons et comment l'avez-vous vécu ?</p>	<p>11. Fonctionnements individuels <i>11.1 Problèmes sérieux</i> Quelqu'un a-t-il eu un problème médical sérieux ou psychologique ? / Dépression ? / anxiété ? / peur ? / perte de contrôle ? Y a-t-il jamais eu de sévices sexuels ou de contraintes physiques ? Y a-t-il eu dans la famille des tentatives de suicide, des suicides, ou des meurtres ? Y a-t-il d'autres problèmes qui vous préoccupent ? <i>11.2 Historique du travail</i> Est-ce que des membres de votre famille ont eu à un moment ou a un autre des difficultés au travail (licenciement, n'aime pas le travail etc.) ? <i>11.3 Alcool et drogues</i> Selon vous, est-ce des membres de votre famille ont eu des problèmes d'alcool, de drogues ou ont pris de façon exagérée certains médicaments ? <i>11.4 Problèmes juridiques</i> Avez-vous eu des problèmes avec la justice ?</p>
<p>6. Perspective historique et événements critiques ↳ Repérer les vides dans l'histoire familiale et replacer chaque événement dans son contexte historique (s'il y a lieu) Explorer certains événements critiques ↳ Exemples : Quelles ont été les réactions à la naissance d'un tel ? Comment la famille a-t-elle réagi quand un tel est décédé ? Quand et pourquoi la famille émigra-t-elle dans ce pays ?</p>	

Tableau III : Synthèse des informations recueillies sur les constellations familiales lors du génogramme

	Première génération Grands parents	Deuxième génération Parents/Oncles-tantes	Troisième génération Enfants/Frères-soeurs
Cohésion familiale, support familial	Surprotection affective par les grands parents Grand père ou grand mère, pilier de la famille	Absence du père (mort, séparé...) Surprotection de la mère Divorce, séparations des parents Relations conflictuelles, mésestente frères-sœurs Violences familiales (mère ou enfants battus) Famille monoparentale (mère élevant seule le ou les enfants depuis leur naissance)	Conflits avec l'un des deux parents ou les deux parents Mésestente entre les frères et les sœurs
Personnalité	Grand père autoritaire Grand mère soumise, dépendante du grand père	Mère agressive, caractérielle, autoritaire Père effacé, inactif, rigide	Faible estime de soi et sentiment de dévalorisation et d'infériorité Difficultés à exprimer les émotions Passivité Faible autonomisation par rapport aux parents
Comportements	Grand père violent sous l'emprise de l'alcool	Père violent sous l'emprise de l'alcool	Déviance, marginalité, comportements antisociaux, transgressions, fugues
Addictions	Dépendance à l'alcool et/ou au tabac du grand père	Boulimie de la mère Abus de médicaments par la mère Dépendance au tabac, à l'alcool, au cannabis d'un des deux parents ou des oncles ou tantes	Dépendance au tabac, au cannabis Conduites à risque, recherche de sensations Troubles des conduites alimentaires
Maladies psychiques	Dépression de la grand mère	Anxiété de la mère, du père Dépression de la mère Autres difficultés psychologiques d'un des deux parents	Tentatives de suicide Dépression Anxiété Autres difficultés psychologiques
Maladies physiques/décès	L'un ou l'autre des grands parents décédés d'un cancer ou mort violente (accident, guerre) d'un des deux parents durant l'enfance	L'un ou l'autre des parents ou oncles et tantes décédés de maladies (cancer) ou mort violente (accident) d'un des deux parents durant l'enfance	Graves blessures (accidents de voiture ou de moto)