



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Nicolas THIEBAUT

Le 14 Novembre 2006

L'ADOLESCENT FACE AU ADDICTIONS COMPORTEMENT FACE A L'ALCOOL ET AU CANNABIS



Examineurs de la thèse :

M. Pierre MONIN	Professeur	Président
M. Henri LAMBERT	Professeur	Juge
M. Daniel SIBERTIN BLANC	Professeur	Juge
Mme Delphine CHARDON	Docteur en Médecine	Juge
M. Hervé MARTINI	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs :

Du 1^{er} Cycle :

M. le Docteur François ALLA

Du 2^{ème} Cycle :

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Du 3^{ème} Cycle :

M. le Professeur Marc BRAUN

De la Vie Facultaire :

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT
Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD
Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –
Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIE – Danièle SOMMELET

PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciples du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENESE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologique)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD



43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE

1^{ère} sous-section : (biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Lus PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIENE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTE PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIETE

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANCON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU – NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé du travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER Professeur Eliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCEROLOGIE, GENETIQUE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP



**48^{ème} Section : ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD
Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LEVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET REEDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTEO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAIRE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologie)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MEDECINE INTERNE, GERIATRIE et CHIRURGIE GENERALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKI

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGLOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-Louis CHASSAGNE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENESE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIENE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTE PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIETE

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIERE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCEROLOGIE, GENETIQUE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET REEDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-
OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAITRES DE CONFERENCES

5^{ème} section : SCIENCE ECONOMIE GENERALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCE DU MEDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MECANIQUE, GENIE MECANIQUE ET GENIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GENIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ECOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

Médecine générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT – Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude PERRIN – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Madame le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPDOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professeurs de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A Monsieur le Professeur Pierre MONIN,
Professeur de Pédiatrie,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger et de présider le jury de cette thèse,

Vos conseils et votre disponibilité m'ont permis d'avancer,

Et de mener ce travail à son terme.

C'est avec un profond respect que je vous exprime mes remerciements.

A Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC,
Professeur de pédopsychiatrie,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
J'ai pu profiter, au cours de notre formation, de la qualité de votre enseignement,
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Henri LAMBERT,
Professeur de réanimation médicale, officier dans l'ordre des palmes académiques,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury,
J'ai pu apprécier votre savoir et vos qualités humaines à votre contact,
En tant qu'externe puis interne.
Je tenais à vous exprimer ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Delphine CHARDON

Vous avez accepté d'être membre de ce jury,
J'ai eu le plaisir d'être votre interne et j'ai pu ainsi beaucoup apprendre à votre contact
Dans une ambiance studieuse et agréable,
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Hervé MARTINI

Vous avez accepté de juger ce travail,
Pour vos conseils et votre disponibilité,
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A mes parents,

Vous m'avez toujours soutenu et encouragé,
Je ne vous remercierai jamais assez,
Ce travail vous est dédié.

A Sophie et Gabriel,

J'ai passé tellement de temps chez vous que j'aurais pu vous payer un loyer,
Vous avez toujours été présents,
Mille mercis.

A Catherine et Floyd,

A l'opposé du globe mais toujours à proximité de mes pensées...

A mes grands parents Louise et Henri,

Je vous admire et vous aime pour tout ce que vous êtes,
Un modèle de gentillesse et de générosité.

A mes grands parents Fernande et André,

J'aurais tellement aimé que vous soyez présents ce jour,
Je pense à vous...

A mes Amis,

A tous mes amis thionvillois avec qui j'ai pu tant partager,

A mes amis de faculté,

A Matthieu et Vincent mes homozygotes préférés,

A Aurélie ma troisième sœur,

A Frédéric à qui je dois tant,

Je vous remercie tous du fond du cœur.

A Olivia,

Ne bouge pas, j'arrive...

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. ALCOOL ET CANNABIS : HISTORIQUE ET CADRE LEGISLATIF

1. HISTORIQUE

2. CADRE LEGISLATIF

II. L'ADOLESCENT

1. PSYCHOLOGIE DE L'ADOLESCENT ET SES TROUBLES

2. PSYCHOPATHOLOGIE

2)1) Fréquence de la dépression

2)2) Age et sexe

2)3) Sémiologie

2)4) Facteurs associés

2)5) Traitement de la dépression de l'adolescent

3. CONDUITES A RISQUE

3)1) Psychopathologie des conduites de prise de risque

3)2) Exemple des accidents à l'adolescence

III. LES ADDICTIONS

1. L'ALCOOL ET LES JEUNES

1)1) Processus d'alcoolisation

1)2) Complications liées à la consommation d'alcool

1)2)1) Complications liées à la consommation aiguë

1)2)1)1) L'ivresse alcoolique

1)2)1)2) Le coma éthylique

1)2)1)3) Les accidents

1)2)1)4) La violence les suicides

1)2)2) Alcool et grossesse

1)2)3) Complications liées à la consommation chronique

1)3) Données épidémiologiques

1)3)1) Consommation d'alcool, chiffres et évolution

1)3)2) Consommation en fonction du sexe

1)3)3) Description comportementale

1)3)3)1) Les ivresses

1)3)3)2) Types d'alcool consommés

1)3)3)3) Lieux de consommation

1)3)3)4) Moments de consommation

1)3)3)5) Alcool et tabac

1)3)4) Description sociologique

1)3)4)1) Critères favorisant la consommation d'alcool

1)3)4)2) Critères favorisant le passage de la consommation occasionnelle à la consommation fréquente

1)3)4)3) Attitudes et motivations

1)3)5) Aperçu des consommations de jeunes européens

1)3)5)1) Evolution globale de la consommation des jeunes européens

1)3)5)2) Phénomène d'ivresse

1)3)5)3) Différence en fonction du sexe

1)3)5)4) Place et situation des adolescents français

2. LE CANNABIS ET LES JEUNES

2)1) Rapport des adolescents au cannabis

2)2) Propriétés pharmacologiques

2)3) Propriétés physiologiques

2)3)1) Effets physiques

2)3)2) Effets centraux

2)3)3) Toxicité chronique

2)3)3)1) Effets chroniques cognitifs

2)3)3)2) Effets chroniques psychiques

2)3)3)3) Autres effets chroniques

2)3)4) Dépendance et sevrage

2)4) Cannabis et sécurité routière

2)5) Données épidémiologiques

2)5)1) Expérimentation

2)5)2) Usages réguliers et quotidiens

2)5)3) Evolution

2)5)4) Situation de la France à l'échelle européenne

3. AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

3)1) Médicaments psychoactifs

3)2) Substances illicites autres que le cannabis

IV. OBSERVATIONS CLINIQUES

1. PRESENTATION

2. COMMENTAIRES

V. PREVENTION DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES CHEZ LES JEUNES

1. ACTIONS DE PREVENTION

2. FACTEURS D'EFFICACITE DES PROGRAMMES

2)1) Moment et lieu de l'action

2)2) Acteurs de prévention

2)3) Modes d'intervention

3. ACTIONS DE PREVENTION EN FRANCE

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

Le problème des addictions chez les adolescents est devenu une préoccupation pour la population adulte et le monde politique. Lors du discours du jeudi 27 avril 2006, Monsieur le Président de la République Jacques Chirac a annoncé pour la fin de l'année 2006 « un plan d'action globale contre les addictions » et la mise en place service d'addictologie dans chaque Centre Hospitalier Universitaire.

La population adolescente est particulièrement fragile. L'adolescence est une période difficile de la vie, une période de changement, et représente une phase charnière pour la constitution de la personnalité. Ce passage inévitable de l'enfance à l'âge adulte est une épreuve psychique particulière où l'adolescent est exposé, à un moment ou un autre, un affect dépressif parfois difficile à différencier d'une dépression pathologique. La psychologie de l'adolescent nous permet de comprendre ou d'expliquer les conduites à risque qu'il peut prendre, dont les addictions, en particulier à l'alcool et au cannabis qui seront plus particulièrement développés dans ce travail.

Ce sont deux substances assez opposées ; la première, l'alcool, est un produit de consommation courante bien ancré dans notre société. La France est la première nation vinicole dans le monde, actuellement le 4^{ème} pays le plus consommateur d'alcool en Europe et est en tête pour ce qui est de la mortalité prématurée liée à l'alcool (soit près de 8% des décès en France). On estime à cinq millions le nombre de personnes qui présente des problèmes sociaux, médicaux, ou psychologiques liés à l'alcool. Cependant la consommation globale a baissé de près de 40% en 40 ans.

Chez la population adolescente, le mode de consommation reste bien différent car l'alcool reste associée à la fête pour les jeunes ; l'initiation se fait en général dans le milieu familial, et la consommation devient de plus en plus festive, progressivement entre amis. La consommation globale d'alcool des adolescents était en nette augmentation jusqu'en 1996, où une première étude menée par l'IREB (l'institut de recherche scientifique sur les boissons), montrait cette diminution par rapport aux années antérieures. Nous verrons ainsi d'après des enquêtes plus récentes ce qu'elle est devenue.

L'alcool peut avoir valeur de conduite toxicomaniaque, il peut s'agir d'une première addiction, nous nous devons d'évoquer également les consommations de cannabis ou d'autres substances psychoactives chez les adolescents. On retrouve ainsi une notion de consommation pathologique d'alcool durant l'adolescence chez de nombreux patients présentant une dépendance à des substances psychoactives.

La deuxième substance, le cannabis, est un produit illégal, dont le principe actif est classé dans la liste des stupéfiants. L'usage du cannabis est relativement récent dans les sociétés occidentales. Ce vieux toxique débarque en force dans le monde adolescent autour des années 60. Associé aux idéaux de la *Beat Generation*, il devient assez vite un emblème d'une jeunesse qui revendique dans l'opposition aux valeurs établies, le droit au plaisir et à la jouissance sans limite. Il accompagne les discours pacifistes contre les politiques des grands états industriels et militaires, une idéologie où le communautarisme prend le pas sur l'individualisme et les bons sentiments sur l'agressivité. A la différence de l'alcool, ce produit est principalement consommé par les jeunes, les chiffres de consommation décroissent rapidement avec l'âge ; elle est quasi-inexistante après 55 ans.

Notre travail est illustré par treize cas cliniques de jeunes patients hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'hôpital Bel Air de Thionville, dans le cadre d'une intoxication éthylique aiguë. Les contextes de ces ivresses varient, pouvant être une consommation festive entre amis, mais cachant parfois des situations d'échec scolaire, de problèmes familiaux, de troubles anxieux ou dépressifs sous jacent. Certains de ces patients avouaient une consommation occasionnelle de cannabis.

Les dernières enquêtes menées par l'IREB ou l'OFDT (l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), nous permettent d'évaluer la consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres substances psychoactives de la population adolescente française, ainsi que d'observer les disparités qui existent entre les sexes. Des études menées conjointement dans une trentaine de pays européens, comparent également les consommations observées chez tous les adolescents, pouvant ainsi faire tomber certains à priori.

Enfin, nous avons traité dans une dernière partie les actions de prévention actuelles, ainsi que les facteurs d'efficacité de ces programmes, qu'il s'agisse du moment ou du lieu de l'action de prévention, des acteurs ou encore du type d'intervention.

I. ALCOOL ET CANNABIS : HISTORIQUE ET CADRE LEGISLATIF

1. HISTORIQUE

Alcool et cannabis sont deux substances aux historiques bien différents, tout comme le laisse présager l'image que chacune d'elle véhicule dans nos sociétés contemporaines. Ceci est d'ailleurs bien illustré par la législation ou encore la religion, où l'alcool tient d'ailleurs une place assez controversée.

Noé planta la première vigne, en but le jus et connut l'ivresse, c'est ce que nous dit la Bible.

Il est admis que depuis l'aube de l'humanité, les premiers hommes avaient observé qu'un jus de fruit sucré exposé à l'air libre devenait en quelques jours, grâce aux levures, un breuvage ayant des propriétés psychotropes spéciales. Celles-ci furent probablement utilisées à des fins mystiques et sacrées. Un anthropologue, Donald Horton (1), estime que cette boisson magique dont les femmes étaient écartées, avait, dans les sociétés primitives, trois fonctions : alimentaire, sédative et religieuse.

A.Tongue (2) rapporte que le miel fut probablement le plus ancien agent servant à produire des boissons fermentées, mais insiste surtout sur les condamnations répétées et les restrictions dont elles furent constamment l'objet. Il existe de fortes raisons de croire que dans les hordes primitives aux rites sacrificiels humains fut substitué le sang de la vigne. Le mystère de la fermentation jointe aux propriétés extatiques des boissons alcoolisées avait de tous les temps incité les peuples à la sacralisation de ces breuvages.

Quatre millénaires avant Jésus-Christ la bière et le vin étaient connus des Sumériens, et peut-être à la même époque le vin était-il en usage en Chine où des fossiles de vigne ont été découverts. On sait avec certitude que les Grecs d'abord (3000 ans avant Jésus-Christ si l'on en croit Homère « L'Illiade et l'Odyssée ») puis les Romains, connaissaient l'art de cultiver, de tailler la vigne et de sélectionner les plants.

En Chaldée, en Judée, en Palestine, en Egypte cette boisson était connue et honorée. La célèbre stèle d'Hammourabi (Roi de Babylone, 17 siècles avant Jésus-Christ) rapporte les interdictions de consommer faites aux prêtresses avant le sacrifice. Les Barbares eux-mêmes en Europe et les Indiens d'Amérique avaient depuis longtemps trouvé le moyen de fabriquer des breuvages alcooliques. Ces peuples connaissaient et utilisaient le pouvoir terrifiant des ivresses sacrées.

La Bible et surtout l'Ancien Testament parle 500 fois du vin : soit pour en faire l'éloge, soit à l'inverse pour mettre en garde les Hommes contre ses maléfices.

Les peuples sémites, de manière habituelle, en consommaient avec les aliments et à l'occasion de certaines fêtes, sauf certaines sectes strictement abstinentes comme les Recchabites.

Jésus-Christ lors de la Cène, le consacra comme matière eucharistique. A partir des premiers siècles de notre ère, en Gaule, Romaine d'abord, puis au Royaume des Francs ensuite, l'expansion du Christianisme alla de pair avec l'extension vers le nord de la culture de la vigne (3). De romaine puis gauloise, la viticulture devient progressivement monastique, bourgeoise et finalement populaire.

Mais deux événements importants interviennent alors :

- au 7^{ème} siècle Mahomet avait interdit à ses partisans la consommation de substances pouvant nuire à la pureté de l'âme et particulièrement le vin dont il avait pu lui-même constater les ravages à Médine. Les gigantesques conquêtes arabes qui, dès la mort du Prophète, suivirent à l'ouest comme à l'est, balayèrent radicalement l'usage de ces boissons pendant des siècles (4).

- La découverte de l'art de la distillation est controversée : les mots alcool et alambic étant d'origine arabe, peuvent faire croire qu'il s'agit d'une invention arabe. Mais Marcellin Berthelot nous apprend que les Arabes furent très tôt initiés aux traditions alchimiques grecques, le mot alambic, al'ambiq en arabe venant du grec signifie vase à distiller. Quoi qu'il en soit, c'est grâce à l'Ecole de Salerne et plus tard à Raymond Lulle (qui enseigna la rectification par la potasse) et à Arnaud de Villeneuve (qui la ramena d'Espagne où florissait la médecine arabe) que l'eau-de-vie commença à être connue en Europe à partir du 13^{ème} siècle (5,6,7).

Pendant des siècles, les médecins firent l'éloge de « l'esprit de vin » produit d'abord par les vinaigriers, ensuite par la corporation des distillateurs et vendu uniquement par les apothicaires.

Innombrables furent les élixirs (mot tiré de l'arabe) et plus tard les teintures qui enrichirent la pharmacopée. Jusqu'à nos jours où certains vantent encore les vertus roboratives des champagnes et autres vins « fortifiants ».

Mais « l'eau brûlante » commença à devenir autre chose qu'un remède et à être consommée comme boisson.

Si, comme il est indiqué plus haut, la consommation de boissons alcooliques fermentées d'abord et plus tardivement distillées a toujours été simultanément l'objet de glorification ou d'abomination, il n'avait pas échappé aux autorités religieuses ou civiles que l'accroissement de cette consommation entraînait parfois des désordres, des violences de sorte que le terme ivrognerie était toujours plus ou moins associé à celui de débauche. D'innombrables édits royaux, mandements des évêques s'appliquaient à limiter la consommation, à condamner les ivrognes et les désordres que leur état engendre.

Par ailleurs du point de vue économique, le commerce des vins tant en France qu'à l'étranger connut un essor considérable. L'Etat y trouva aussi son compte en instituant fiscalité, taxes et impôts sur cette activité florissante depuis Richelieu semble-t-il...

Une remarque s'impose ici : de tout temps médecins et philosophes ont compris que l'usage de ces boissons pouvait amener des maladies et même la mort (de Platon à Montesquieu, Benjamin Rush, Sutton, Trotter, etc...). La question se pose de savoir si l'on peut parler d'alcoolisme au sens moderne de ce mot. Les conditions pathologiques décrites concernent surtout l'ivresse, il est douteux pour de simples raisons de production, de conservation, de distribution que les Anciens d'abord, puis les Gaulois et les Français jusqu'à la fin du 18^{ème} siècle aient pu constituer les états alcooliques que nous connaissons actuellement.

Ce n'est véritablement qu'à la fin du 19^{ème} siècle que les énormes changements sociologiques et les profonds bouleversements démographiques changent radicalement les structures de consommation (Pierre Jean (8)). Le vin, dont la production augmente, n'est plus seulement réservé aux riches. Le prolétariat naissant va être atteint massivement. En France, et dans les pays latins, s'installe une curieuse querelle. Le vin, dont Pasteur vient de trouver le secret de la conservation, est déclaré boisson hygiénique tandis que les boissons distillées sont dénoncées comme seules susceptibles d'engendrer l'alcoolisme.

Les ligues anti-alcooliques et les mouvements de « relèvements du buveur » apparaissent, mais leurs voix restent faibles, imprégnées de moralisme.

A la fin du 19^{ème} siècle, le chimiste allemand E.Buchner découvrit les mécanismes de la fermentation alcoolique du glucose qui peut être réalisée par les extraits de levure totalement acellulaire. On distingue alors :

- les boissons fermentées
- les boissons distillées

Le mot « congénère » désigne à la fois des impuretés provenant de la distillation (aldéhydes, esters, autres alcools non éthyliques) et substances ajoutées (absinthe).

En dehors de l'alcool « de bouche », l'alcool industriel (de betterave ou de synthèse) est utilisé comme solvant entrant dans de nombreuses préparations : poudres, vernis, parfums, produits pharmaceutiques, matières plastiques, etc...

Le cannabis est une substance nettement plus controversée en France, car d'ailleurs interdite. Ce cousin du houblon, tire son nom du vieil assyrien Quonnabou, que les Gréco-romains transformèrent en cannabis, devenu canapus en latin populaire et enfin chanvre indien en français. Le chanvre est l'une des plantes les plus anciennement connues et cultivées par l'homme. On parle de chanvre indien car sa première mention en tant que drogue chamanique a été retrouvée dans de très anciens textes védiques de l'Inde. Par contre, son lieu d'origine, en tant qu'espèce spontanée, ne se situerait pas en Inde, mais en Asie centrale, entre les régions steppiques et désertiques de la Sibérie et celles comprises entre la mer Caspienne et le lac Baïkal. De là, son extension en tant que chanvre « drogue » s'est faite vers l'Inde et la Chine où il semblait être connu depuis 6000 ans avant J.C. si l'on s'en réfère à certains motifs de poteries chinoises. En 2737 avant J.C., l'empereur chinois SHEN-NUNG, dans le premier formulaire connu de pharmacie, décrivait le chanvre indien comme un « libérateur de péchés » et un « fournisseur de délices ». Il était également utilisé en médecine, comme anesthésique et sédatif.

Le chanvre fut largement répandu en Inde (2500 av J.C.) et dans le monde islamique en tant qu'euphorisant et curatif, pour ses propriétés spasmolytiques, hypnotiques, analgésiques etc.

L'Orient et l'Extrême Orient semblaient déjà tout connaître de cette plante et de ses préparations « divines ».

La propagation du chanvre drogue se fit par le sud de la Méditerranée. Au cours du Moyen Age, l'usage du cannabis se répandit dans tout le monde Arabe et le continent africain, les invasions arabes l'amènèrent jusqu'en Espagne (8^{ème} siècle après J.C.). De là, il fut introduit par les conquistadores (16^{ème} siècle) en Amérique Centrale et Amérique du Sud.

Il est à noter que cette extension par le sud de la Méditerranée concernait l'utilisation du cannabis en tant que drogue ; son usage textile se développa postérieurement.

La progression du chanvre par le Nord, vers l'Europe Centrale et Occidentale, se fit parallèlement (4^{ème}-5^{ème} siècle avant J.C.), mais cette extension ne se limitait qu'à l'exploitation de chanvre à fibre, textile.

La France fut une très grande productrice de chanvre pour l'exploitation de fibres textiles ainsi que des graines oléagineuses (chenevis).

La traversée de l'Atlantique de cette plante se fit par le biais de l'émigration, au 18^{ème} siècle. Jusqu'au début du 19^{ème} siècle, les pays d'Europe ne connaissaient le chanvre que sous un aspect agricole, utilitaire et ne se doutaient pas que cette plante, qui a le don de s'adapter à tous milieux et à tous climats, pouvait se faire à une nouvelle réputation : celle de chanvre à drogue.

En effet, ce nouvel usage fut introduit récemment en Europe, au siècle dernier, par les soldats de Bonaparte revenant d'Egypte et par les médecins britanniques de retour des Indes.

Dès lors, il obtint de nombreux admirateurs, célébré dans la littérature française par Baudelaire, Gautier, Dumas et leurs amis du club des Haschischins.

Sur le plan botanique, le nom scientifique définitif de *Cannabis sativa* lui fut donné en 1753 par Carl von Linné.

Sur le plan médical, le cannabis a été utilisé par le Dr Aubert-Roche chez les pestiférés en 1835 et en 1845 par Moreau de Tours, un jeune psychiatre, dans le traitement de certaines affections mentales. (9)

La substance psychoactive, le delta-9-transtétrahydrocannabinol, fut isolée en 1964 dans le laboratoire des substances naturelles de l'Université Hébraïque de Jérusalem par R. Mechoulam et Y. Gaoni. (10)

Le chanvre rentrait dans la composition de nombreux médicaments jusque dans les années 1930 en France, puis il a été progressivement retiré du marché à cause de ses effets psychotropes. (11)

La dérive toxicomaniaque du cannabis apparaît tardivement en Europe Occidentale, vers 1950 seulement, et n'a connu sa véritable heure de gloire que dans les années 1970 avec le mouvement hippie.

La France a prohibé son usage dès 1953.

2. CADRE LEGISLATIF

Alcool et cannabis présentent des législations totalement différentes en France, ainsi, concernant l'alcool, la loi du 10 janvier 1991 (dite loi Evin) régit le commerce des boissons alcoolisées, ainsi que la publicité.

Concernant les affichages publicitaires, ceux-ci doivent se limiter à certaines indications et être accompagné d'un message préventif à l'égard de l'abus d'alcool. Toute publicité à la télévision et au cinéma est interdite.

La loi a également valeur de protection des mineurs, puisque quiconque fait boire un mineur jusqu'à l'ivresse commet un délit. Il est également interdit, dans tout débit de boissons, commerce ou lieu public, de vendre ou d'offrir à des mineurs de moins de 16 ans des boissons alcoolisées.

La loi Evin interdit également :

- la publicité dans la presse pour la jeunesse et la diffusion de messages publicitaires à la radio le mercredi et les autres jours entre 17 heures et 24 heures.
- La distribution aux mineurs de documents ou d'objets nommant, représentant ou vantant les mérites d'une boisson alcoolisée.
- La vente, la distribution et l'introduction de boissons alcoolisées dans tous les établissements d'activités physiques et sportives (une autorisation d'ouverture de buvette lors d'une manifestation sportive peut toutefois être délivrée sur demande).

Concernant la sécurité routière, le taux légal d'alcoolémie maximale est fixé à 0,5 gramme d'alcool par litre de sang et à 0,25 milligramme par litre d'air expiré.

Entre 0,5 et 0,8 gramme d'alcool par litre de sang, c'est une contravention passible d'une amende forfaitaire de 135 euros et d'un retrait de 3 points du permis de conduire.

Au-delà de 0,8 gramme, il s'agit d'un délit entraînant un retrait de 6 points du permis de conduire, passible de deux ans de prison et d'une amende de 4500 euros. La condamnation peut être assortie d'une suspension ou d'une annulation du permis de conduire (obligatoire en cas de récidive).

A noter que la vente de boissons alcoolisées à emporter est interdite entre 22 heures et 6 heures du matin dans les stations-service.

Autre point à souligner ; une législation française entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005, qui taxait les produits contenant plus de 35g/l de sucre. Il s'agissait d'une loi visant directement les premix ou « alcopops » ; nouveau type de boisson alcoolisée résultant d'un mélange d'alcool et de boissons sucrées diversement alcoolisées. Elles font partie de la catégorie des boissons alcoolisées pré conditionnées qui séduisent principalement les jeunes.

Ces mélanges, contenant 5 à 8% d'alcool, et vendus sous la forme de boîtes ou de bouteilles colorées de 25 à 35 cl, ont un goût proche de ceux des sodas. Leur forte teneur en sucre (80 voire 90g/l) masque le goût de l'alcool, et facilite ainsi les premières consommations des jeunes.

Actuellement, la liste des ingrédients laisse transparaître les efforts des fabricants pour continuer à donner du goût et des couleurs à ces mélanges alcoolisés. On retrouve ainsi de nombreux acidifiants ou de l'aspartame, l'édulcorant permettant de conserver un goût sucré sans dépasser la barre fatidique des 35g/l de sucre qui déclenche la taxation...

Concernant le cannabis, la législation est extrêmement variable d'un pays à un autre :

Actuellement, en France, la culture, la vente et l'usage du cannabis sont illégaux. Son principe actif est classé dans la liste des stupéfiants.

Le cannabis sous forme d'extraits, de résine ou de teintures appartient à la liste de référence des classes pharmacologiques des substances dopantes et des procédés de dopage interdits. Pour information, une concentration dans les urines de plus de 15ng/ml de carboxy-THC constitue un cas de dopage.

Si l'on observe ce qu'il se passe chez nos voisins européens, seuls trois autres pays de l'Union Européenne interdisent strictement le cannabis, il s'agit de la Norvège, la Suède et Malte.

C'est aux Pays-Bas que la consommation de cannabis a été dépénalisée pour la première fois en Europe, en 1975. La politique et la législation néerlandaise en matière de drogues reposent sur la distinction entre « drogues dures » et « drogues douces », elle-même basée sur le risque sanitaire encouru par le consommateur de drogue.

Ainsi aux Pays-Bas, l'usage et la revente de cannabis sont autorisés mais non légalisés ; il peut être acheté dans les coffee shop, des magasins ayant une licence spéciale pour ce commerce. La consommation y est autorisée dans les endroits privés, et tolérée dans la rue si

elle ne pose pas de problème de troubles publics ou en l'absence de mineurs. Il est faux de penser que la police n'est pas du tout répressive à ce sujet aux Pays-Bas (12).

La Grande Bretagne tolère la consommation personnelle de cette substance. Ainsi, la détention de petites quantités de cannabis n'y est plus passible d'une arrestation par la police et se limitera à confisquer la drogue et à donner un « avertissement ».

L'Espagne a mis en place une réforme libérale en 1983, qui légalise la détention de stupéfiants pour usage personnel, incluant bien entendu le cannabis.

L'Allemagne a dépénalisé l'usage de cannabis depuis avril 1994 sans autoriser la culture.

La Suisse a déposé un projet de loi visant à légaliser la consommation de cannabis et ses actes préparatoires à des fins d'usage personnel.

En Belgique, le gouvernement a élaboré un projet de loi prévoyant que la possession de cannabis en petites quantités, ainsi que sa culture à des fins personnelles ne soient pas punissables (13).

Hors de l'Union Européenne, nous notons que l'Australie a assoupi en 1987 sa politique sur le cannabis, en dépénalisant également la possession pour usage personnel d'une petite quantité de drogue.

La législation américaine varie selon les Etats lorsque la quantité n'excède pas une once (soit environ 28 g). Au-delà, les lois fédérales sont appliquées, lois qui interdisent la possession et la consommation de cannabis.

Certains pays se démarquent par l'extrême sévérité des mesures répressives quand à la législation sur la possession ou la consommation de cannabis. Ainsi à Singapour, la simple détention de 0,5 kg de cannabis rend passible de la peine de mort...

II. L'ADOLESCENT

1. PSYCHOLOGIE DE L'ADOLESCENT ET SES TROUBLES

« Adolescence » vient du latin *adolescere* qui signifie grandir. L'adolescence est l'âge du changement, car grandir implique de changer.

Cette période de changement, représente une phase charnière pour la constitution de la personnalité.

L'expression « crise d'adolescence » a eu son heure de gloire auprès des spécialistes dans les années soixante et soixante-dix, on lui a peu à peu préféré l'expression « travail psychique de l'adolescent », en rapport avec la phase de maturation psychologique qu'est l'adolescence.

L'expression « crise de l'adolescence » a permis de différencier les comportements originaux de certains adolescents d'une sémiologie psychiatrique avérée (par exemple un adolescent qui se regarde de façon un peu trop insistante dans la glace ne présente pas pour autant un doute sur son identité en terme de menace de schizophrénie) ; en revanche ce concept a eu une conséquence négative majeure : celle de l'attentisme et du laisser faire. Face à cette « crise d'adolescence » il était urgent de ne pas se presser, en particulier de ne pas faire un diagnostic trop précoce, donc de laisser le temps passer. Winnicott a même déclaré que « le meilleur traitement de l'adolescence était le temps » (14). Bien entendu, il signifiait par là qu'il faut se garder de diagnostics hâtifs, sachant qu'une majorité d'adolescents, finalement, « vont bien », comme de nombreuses enquêtes épidémiologiques l'ont confirmé depuis. Mais on a aussi pu comprendre qu'il était nécessaire d'attendre et de voir venir. Or, en matière de psychopathologie, l'attentisme aboutit souvent à la constitution d'états de plus en plus fixés, de moins en moins mobilisables.

L'adolescence a aussi été comparée à un « travail de deuil ». Anna Freud avait établi un parallèle entre les états de deuil et les caractéristiques de la pathologie de l'adolescent : « un certain deuil des objets du passé est inévitable » (7), déclarait-elle parlant du travail psychologique auquel tout adolescent est confronté. Cependant cette comparaison allait durablement obscurcir la vue des cliniciens et rendre particulièrement difficile la distinction entre la dépression inévitable, liée à l'adolescence même, et la dépression-épisode

pathologique. S'il y a de la dépression dans toute l'adolescence, les frontières se brouillent, les limites des cadres sémiologiques s'estompent. On peut s'en féliciter si cela aboutit à une meilleure compréhension des événements psychiques sous-tendant la problématique de la dépression ou celle de l'adolescent. Mais on peut aussi regretter si cela conduit à méconnaître des besoins thérapeutiques spécifiques pour ceux qui souffrent d'un état dépressif, lequel non seulement ne guérira pas spontanément, mais en outre entrave le processus psychique normal de l'adolescence.

Il était donc nécessaire de sortir du modèle de la « crise de l'adolescence », avec ses risques d'atermolement, et du modèle du « travail de deuil », avec ses risques de confusion entre le normal et le pathologique.

La position actuelle des spécialistes du développement psychique de l'adolescence est un peu différente. Il s'agit désormais de tenter de repérer, parmi les manifestations inhérentes au travail psychique de l'adolescence, ce qui est du domaine propre à ces transformations et ce qui, à l'inverse, témoigne de certains traits pathologiques qui menacent de se fixer et surtout entravent le travail de cette transformation (15). Il s'agit donc de tenter de trouver, sinon une frontière, du moins une différenciation entre ce qui est propre au bouleversement normal de tout adolescent et ce qui est déjà signe de l'enclenchement d'un processus psychopathologique.

Pour fixer les idées et pour mieux se représenter le travail psychologique de l'adolescence et en distinguer les divers enjeux, Marcelli fait appel à une image (16) : l'enfance est une période tranquille et silencieuse, lisse comme la surface d'une mare dont les eaux sont calmes. La puberté pourrait être comme un pavé qu'on jette dans cette mare et qui provoque des ronds de perturbations concentriques. Trois cercles de perturbations se forment depuis la « pavé de la puberté » ; le cercle du corps, le cercle de la famille et le cercle de la société. Allant du plus intime au plus général, tous trois sont liés et ont des retentissements les uns sur les autres.

Le cercle du corps

La puberté commence entre 10 et 13 ans chez la fille, 11 et 14 ans chez le garçon. Une fois enclenché, le processus pubertaire se déroule de façon identique et passe par les mêmes étapes chez tous les individus. En revanche, il existe de grandes variations dans les dates de début et de fin, ainsi que la durée de puberté. Dans certains cas, le processus pubertaire peut durer 12 à

18 mois, et dans d'autres, s'entendre sur plus de 3 ou 4 ans. De même, sans que cela ne soit pathologique, il peut commencer très tôt, par exemple 8 ans chez la fille, ou beaucoup plus tard, par exemple à 14 ou 15 ans.

On comprend que si ces grandes variations sont normales sur le plan physiologique, pour l'adolescent, elles sont susceptibles de créer des disparités qui sont source d'un grand désarroi, voire d'une grande souffrance. L'adolescence est probablement l'âge où la pression physiologique crée le plus grand écart par rapport à la norme, à une période où précisément les jeunes ont besoin de s'y conformer d'une manière très précise.

Si le pré-adolescent, généralement informé, s'attend à ces événements physiologiques, la puberté représente une surprise. Elle est toujours vécue comme quelque chose imposé de l'extérieur, qui est subi par l'adolescent. C'est un événement qu'il n'a pas choisi et que, d'une certaine manière, il ne maîtrise pas.

Au niveau du corps de l'adolescent, la transformation pubertaire suscite un double enjeu psychique :

- la nécessité de maintenir un sentiment de continuité d'existence dans un corps en changement : les changements se traduisent par toutes sortes de doutes, sur le plan physique comme sur le plan psychique. On peut prendre l'exemple de l'adolescent restant de longues heures dans la salle de bains, pas tant pour se laver que pour effectuer un travail de reconnaissance, de réappropriation de son corps. Sur le plan psychique, le doute se traduit par toutes les questions ontologiques : « qui suis-je », « que deviendrai-je », etc. L'émergence de ces doutes, de ces questionnements sur le corps et l'identité suscite des affects anxieux. Le plan identitaire narcissique est alors sollicité, ce qui réveille directement le vécu de la petite enfance lié en particulier à la stabilité des premières relations ou à leur défaillance. C'est pourquoi les difficultés de la petite enfance constituent un facteur très important de prédiction pour la survenue de difficultés à l'adolescence.
- la nécessité d'intégrer cette transformation pubertaire dans le fonctionnement psychique : toute la problématique de l'identité sexuée s'y rattache. L'émergence pubertaire impose à l'adolescent un choix, le choix fait par son corps, lequel n'est pas nécessairement celui de son fonctionnement psychique. Pour la plupart des individus, le « sexe de l'âme » et le « sexe du corps » s'accordent et se renforcent. Pour

quelques-uns, en revanche, les distorsions peuvent être source de souffrance et de psychopathologie.

Le cercle de la famille

A mesure que le corps se modifie et se spécifie dans un sexe, les relations avec les parents vont devoir se transformer. L'adolescent ne peut plus conserver « l'innocence » des relations qu'enfant il avait avec eux. L'émergence pubertaire et le réveil pulsionnel qui l'accompagnent, le confrontent à la menace incestueuse, mais aussi aux éventuels désirs parricides.

Pour l'adolescent, l'enjeu psychique est de « se séparer » de ses parents. Mais cette nécessité même lui fait ressentir un danger : celui de se perdre. Nouveau paradoxe de l'adolescence : comment se séparer de ceux auxquels on cherche en même temps à s'identifier, c'est-à-dire les parents.

Deux menaces opposées se profilent alors pour l'adolescent :

- comment s'identifier (en particulier aux images parentales) sans être menacé par la confusion d'identité : si je ressemble trop à mon père ou à ma mère, ne suis-je pas menacé de ne plus exister moi-même ?
- comment se séparer, s'éloigner, se différencier sans être menacé par la perte, l'abandon, la dépression... ?

Grandir est un acte agressif et dans toute adolescence il y a un meurtre symbolique, celui des parents... Il s'agit de prendre symboliquement la place des parents, c'est le fantasme parricide incestueux propre à l'adolescent, lequel est dominé par la menace de la pulsionnelle débordante de l'excitation non contrôlable que l'adolescent redoute. Confronté à cette menace, l'adolescent s'éloigne, pour, d'une part s'autonomiser et trouver des limites, de l'autre, protéger ses parents et lui-même de sa pulsionnalité. C'est alors qu'il est en proie à des fantasmes de tristesse et d'abandon, se traduisant par une menace dépressive.

Ce risque dépressif provient directement d'un certain nombre de pertes de certaines symboliques, d'autres plus réelles, concrètes : perte de la quiétude de l'enfance, perte de la stabilité de l'image et du corps, perte du refuge parental préoedipien, c'est-à-dire les parents protecteurs du petit enfant.

Au plan des conduites, cela se manifeste très concrètement par les fréquentes fluctuations d'humeur que présente l'adolescent : crises de larmes, moments de cafard et de « déprime ». Ces moments traduisent les fluctuations thymiques normales liées à l'adolescence mais ils témoignent en même temps du potentiel dépressogène caractéristique de cet âge. Si l'adolescent ne peut tolérer ces moments de souffrance, en particulier parce que cela le renvoie à des périodes de souffrance de la petite enfance (séparations multiples, placement, carences affectives précoces...) il risque alors d'évacuer le malaise par des conduites à type de passage à l'acte, projection agressive, etc.

Le cercle social

L'adolescent qui s'éloigne de ses parents se retrouve, comme on pourrait le dire de façon métaphorique, « dans la rue », c'est-à-dire plongé dans les relations sociales. Un élément essentiel est alors à évaluer : la capacité de cet adolescent à déplacer ses besoins insatisfaits et impossibles à satisfaire dans la famille sur des relations aux autres ou sur les relations « autres ». Désormais les parents ne sont plus en mesure de lui fournir la totalité de ses satisfactions, comme du temps de son enfance, et une partie d'entre elles ne pourra provenir que de l'extérieur de la famille. C'est dire l'importance du réseau social qui a pu se constituer dans l'enfance et surtout dans la grande enfance, soit entre 8 et 9 ans et entre 11 et 12 ans.

Ces déplacements d'intérêt durant l'adolescence jouent un rôle essentiel. Ils permettent l'ouverture vers la sublimation et la connaissance, vers les liens de socialisation diversifiés avec les autres adultes mais aussi avec les autres camarades, vers des investissements sublimés : sportifs, culturels, artistiques, etc. En même temps, ils permettent de découvrir différents rôles sociaux et de « faire des expériences », ce dernier point étant une motivation puissante pour l'adolescent.

Dans le cadre de ces déplacements, les relations aux pairs sont tout à fait essentielles ; elles permettent un jeu d'identification de rôle, en particulier avec les amis, au cours duquel une problématique essentielle pourra être explorée, celle de l'activité/passivité.

Dans ces relations aux pairs on pourrait différencier :

- Le temps des copains, de la bande. C'est celui des relations au sein de petits groupes avec une certaine homogénéité dans la bande, laquelle permettant d'atténuer les doutes

liés au flottement et aux transformations physiques. Il concerne plus particulièrement des jeunes adolescents et peut-être un peu plus les garçons que les filles.

- Le temps de l'ami qui est toujours du même sexe, relation caractéristique plutôt de la fille et plutôt de l'adolescent d'âge moyen. Il s'agit d'une relation de projection narcissique typique, essentiellement identitaire.
- Le temps de la petite amie ou du petit ami : cette relation hétérosexuelle est plutôt caractéristique du grand adolescent (17 à 19 ans). La découverte du petit ou de la petite amie traduit bien entendu l'intégration de la différence des sexes, soit non seulement la capacité de se reconnaître soi-même dans un sexe, mais peut-être plus encore celle d'accepter les différences anatomiques, c'est-à-dire reconnaître l'autre sexe.

La problématique de l'adolescence met en jeu une série de paradoxes, de conflits, d'oppositions, où à chaque fois une conquête est possible, mais où un risque potentiel existe aussi. Cette conflictualité permanente caractérise l'adolescent. Face à elle, la capacité d'assumer le conflit psychique constitue donc un facteur essentiel du développement de l'adolescent. Cette capacité sera d'autant meilleure que l'investissement de l'espace psychique interne est fort, ce qui permet un renforcement du travail psychique et une meilleure tolérance à l'attente et à la conflictualité. En revanche, tout ce qui risque d'appauvrir ce fonctionnement psychique (projection, passage à l'acte, etc.) réduit les capacités d'adaptation de l'adolescent aussi bien à son monde psychique interne qu'à l'environnement.

2. PSYCHOPATHOLOGIE

Dans cette partie ne sera développé uniquement la dépression, il s'agit d'une pathologie fréquente dans la population adolescente et pouvant avoir un lien étroit avec les addictions. Que ce soit en tant que cause ou conséquence.

En effet, toute dépression peut être à l'origine de prises répétées de substances psychoactives, et inversement, les addictions peuvent provoquer une dépression chez l'adolescent.

2)1) Fréquence de la dépression

En ce qui concerne l'épisode dépressif majeur tel que défini par le DSM III-R, la dépression concerne entre 2 et 7% de la population générale. Durant la période de l'adolescence, cette prévalence augmente avec l'âge. A coté de cette dépression grave, il existe une ambiance dépressive qui peut toucher jusqu'à environ 40% de la population générale, et qui réalise en fait un véritable gradient dépressif allant de la normalité à l'état dépressif grave (14). Cette population dite dépressive présente des traits de comportement souvent bien différenciés de ceux de la population générale non dépressive. Cet état de fait pose la question de limites de toute classification nosographique et de la place de forme frontières.

2)2) Age et sexe

Dans toutes les enquêtes, on relève que la fréquence de la dépressivité augmente nettement à l'adolescence. Ainsi la puberté, avec ce qu'elle présente tant sur le plan physiologique que psychologique et social, comme nous avons pu le constater précédemment, est un pallier important pour les problèmes dépressifs. En outre, dans les générations récentes, l'épisode dépressif majeur surviendrait à un âge plus précoce que dans les générations précédentes. Cela pourrait expliquer pourquoi la fréquence de la dépression à l'adolescence est en augmentation (7,17).

Les données concernant le sexe sont plutôt divergentes. Mais les formes les plus graves de dépression opposent souvent d'un coté les garçons assez jeunes et de l'autre des filles plus âgées.

En ce qui concerne la dépression qui survient à l'adolescence, le sexe représente un puissant paramètre différenciateur. En outre, les mères pourraient mieux identifier la dépression chez

le jeune garçon en raison de troubles du comportement plus extériorisés et plus repérables. Une plus grande introspection et une capacité à mettre en relation son état affectif interne et les événements extérieurs expliqueraient l'augmentation de la fréquence de la dépression dans la population féminine plus âgée.

Avec l'âge, les symptômes de dépression se rapprochent de ceux des adultes : sentiments de perte d'estime de soi tendances autopunitives et auto-agressives qui semblent prédominer. L'adolescent dépressif se caractérise volontiers par l'irritabilité, le retrait et l'inhibition. L'adolescente par la fatigue, les problèmes alimentaires, une image corporelle perturbée ou dévalorisée, le sentiment de culpabilité.

2)3) Sémiologie

Elle se rapproche beaucoup de l'adulte. La souffrance dépressive se traduit par un vécu d'accablement, de pessimisme auquel s'ajoute une impression de ne pas être compris. La dévalorisation, le sentiment d'indignité prennent la forme d'une impression d'être nul, bon à rien. Le sentiment de ne pas être aimé par un ou les deux parents est fréquent. Les pensées de mort et plus encore les idées de suicide complètent le tableau.

Les manifestations somatiques sont fréquentes : fatigue chronique, trouble du sommeil, troubles de l'alimentation.

Cependant, quelques particularités de l'adolescent peuvent induire en erreur :

- La plainte dépressive est rarement exprimée contrairement à l'adulte, l'adolescent se montrera plus volontiers hostile ou refusera qu'on s'occupe de lui.
- le ralentissement psychomoteur n'est pas constant et peut être remplacé par une irritabilité, une impulsivité coléreuse d'autant plus caractéristique qu'elle est d'apparition récente et qu'elle tranche avec le comportement habituel de l'adolescent.
- Une hyperactivité de la part de l'adolescent qui se « défonce » dans une tentative de restaurer une certaine activité au moment où l'inhibition dépressive semble l'emporter.

2)4) Facteurs associés

De nombreux troubles sont associés à la dépression, notamment :

- Les consommations de produits psychotropes ; les médicaments psychotropes (en particulier chez les jeunes filles), l'alcool, les drogues (plutôt chez les garçons pour ces deux derniers) et le tabac
- Les comportements antisociaux tels que violences, vol, fugues (prédominance masculine)
- L'angoisse de séparation
- L'anxiété généralisée et les phobies (plutôt chez la fille)

De plus, l'importance des facteurs environnementaux et familiaux apparaît fréquemment. Les parents d'adolescents dépressifs présentent plus souvent que les autres des traits anxieux ou dépressif, des problèmes de dépression grave ou d'alcoolisme. Les difficultés sociofamiliales (chômage, déménagement) et les événements de vie négatifs (maladie, accident) semblent fréquent dans les familles de jeunes souffrant de dépression.

Concernant l'impact de la séparation parentale, celle-ci est difficilement évaluable, car le divorce parental compte parmi les premiers facteurs de consultation auprès d'un pédopsychiatre (14). Cependant, tout divorce peut être perçu comme une perte de stabilité dans l'entourage de l'adolescent, est favorise donc l'apparition de dépression.

Enfin, les difficultés scolaires sont fréquentes chez l'adolescent déprimé.

2)5) Traitement de la dépression de l'adolescent

Le travail psychique de l'adolescent confronte nécessairement, et de façon presque inéluctable, l'individu aux affects de tristesse, de morosité, voire de dépression. Tout adolescent fait un jour ou l'autre connaissance avec la « déprime ».

Si l'objectif du traitement est une sédation des symptômes les plus invalidants, l'objectif fondamental doit être la relance du travail psychique propre à cet âge. Celui-ci risque en même temps d'être en contradiction avec les possibilités de l'adolescent, car en relançant le travail psychique, l'individu se trouve de nouveau confronté à ses affects de tristesse, d'ennui, de morosité, il retrouve de ce fait l'état mental qui, précisément l'a rendu malade.

La dépression de l'adolescent explique qu'on ne peut en aucun cas considérer que l'épisode dépressif est unique, isolé, indépendant de la personnalité et qu'on doit se contenter de la soigner par des mesures ponctuelles telles qu'un traitement par psychotropes. Le traitement de la dépression à l'adolescence doit donc reconnaître, respecter et si nécessaire, favoriser la reprise du travail de maturation propre à cette phase de vie, travail qui inclut une part d'affect dépressif.

Le traitement peut se résumer en 2 étapes :

*La première phase consiste à reconnaître la dépression et ce qu'elle implique de souffrance chez l'adolescent. Cette étape d'identification empathique des difficultés de l'adolescent peut susciter une détente et une amélioration symptomatique notable. Cette première phase de consultations thérapeutiques peut durer 2 à 3 mois, elle représente le temps nécessaire pour évaluer, clarifier et déployer une possible alliance thérapeutique au travers d'entretiens empathiques réguliers tous les 10 à 15 jours.

*La deuxième phase dépend de l'évidence des changements, ou de l'absence de ceux-ci, observés durant la période d'évaluation. S'il n'y a pas de sédation suffisante des difficultés, une psychothérapie plus classique est alors indiquée en parallèle parfois avec la poursuite de consultations auprès du praticien. Si les difficultés persistent, voire s'aggravent, il faut recourir à des stratégies de traitements plurifocales impliquant entre autres :

- une prescription d'antidépresseurs, laquelle nécessite l'accord de l'adolescent et des parents. On choisira de préférence un antidépresseur de dernière génération. Cette prescription ne doit pas être faite dès la première consultation et dans tous les cas, ne doit jamais résumer à elle seule la démarche thérapeutique.
- Les autres possibilités thérapeutiques à ne pas négliger sont les aménagements de vie avec séparation du milieu familial, une hospitalisation en milieu psychiatrique à temps plein ou de jour, un internat thérapeutique. Ces options peuvent aider à contenir l'adolescent, surtout s'il s'enfonce dans une situation d'échec ou de conflictualité familiale importante.
- L'approche familiale et la guidance parentale constituent souvent un complément indispensable.

3. LES CONDUITES A RISQUE

Les conduites à risque sont en rapport avec le développement psychique de l'adolescent ; le goût du risque, le besoin de s'affirmer, le besoin d'appartenir à un groupe...

Cependant, elles peuvent être associées à des pathologies particulières tels que la dépression ou les troubles anxieux.

Ces conduites résultent parfois de ces troubles psychologiques, et dans certaines situations, elles peuvent être à l'origine de ces manifestations psychiatriques. Notamment lors de consommations chroniques de certaines substances, en particulier le cannabis, dont la consommation régulière est parfois responsable d'un désinvestissement scolaire puis social, engendrant un renfermement de l'adolescent sur lui-même, des troubles dépressifs, voire une schizophrénie avérée...

Il faut dans un premier temps différencier le côté actif du côté passif des comportements à risque des adolescents. Les secondes situations à distinguer sont celles où les jeunes ne perçoivent pas le risque de celle où il est intégré, et néanmoins pris, ainsi, la prise du risque peut être consciente ou inconsciente, de façon générale un même comportement peut être sous-tendu par des problématiques psychiques qui diffèrent beaucoup d'un sujet à l'autre. Enfin, la nature du risque et ses conséquences sont variables, ce qui peut constituer la base d'une classification.

On peut ainsi distinguer :

- Les conduites à risque médical : non observance thérapeutique, la prise de risque dans le domaine sexuel, la consommation de produits toxiques, dont l'alcool, la transgression des règles de sécurité routière etc....
- Les conduites à risque judiciaire : vol, racket, agressivité et conduites délictueuses...
- Les conduites à risque social : désinvestissement scolaire et professionnel (le retard et l'absentéisme), avec leur risque d'exclusion sociale.

Il faut tout de même souligner que les conduites à risque ne sont pas une spécificité de l'adolescence. Les jeunes se montrent parfois plus prudents et plus raisonnables que leurs aînés, contrairement aux idées répandues, le cas de la conduite en état d'ivresse implique nettement plus les adultes. Il en va de même pour les rapports sexuels non protégés ; le port du préservatif est plus fréquent à l'adolescence et décroît progressivement avec l'âge (18).

3)1) Psychopathologie des conduites de prise de risque

En pratique clinique, certains comportements à risque paraissent fortement liés à la psychopathologie du sujet, mais les problématiques et les mécanismes en cause peuvent être très variables.

Certains accidents, par exemple, se présentent comme des actes manqués, et viennent trancher un conflit inconscient au sein d'une personnalité à dominante névrotique. Ils réalisent alors un compromis entre les exigences pulsionnelles et le surmoi, et comportent fréquemment un aspect d'autopunition. Pour illustrer cette théorie nous pouvons prendre l'exemple d'un adolescent qui a un accident avec un scooter volé.

A l'opposé, on trouve les adolescents qui s'engagent dans une recherche systématique de sensations fortes (19), seules susceptibles de répondre à l'excitation diffuse d'origine pulsionnelle qu'ils ressentent, excitation sans objet, non liée à des représentations ou des émotions. Chez certains, il s'agit d'une véritable addiction au risque, à l'ivresse de la vitesse, et à la sensation d'absolu qu'elle engendre. Cette quête active du danger témoigne d'une position de révolte et de défi vis-à-vis de la mort et des limites humaines que sous-tend un fantasme mégalomane de toute-puissance : ce n'est pas parce qu'il recherche la mort que l'adolescent brave le danger, mais parce qu'il est plus fort qu'elle, et qu'il la méprise. Ces comportements sont appelés conduites ordaliques (20), en référence à une forme de justice utilisée au Moyen Âge, l'ordalie, qui consistait à faire appel au jugement de Dieu pour décider du sort de l'accusé. Il y a dans ce genre de comportements une forme d'inconscience où le jeune remet sa vie, son destin, entre les mains du hasard.

Un aspect très important dans ces conduites à risque est de bien différencier les risques pris en solitaire, privés du cadre social et des lois du groupe ou de la bande, beaucoup plus inquiétants sur le plan psychologique, des risques pris en groupe, pouvant être comparés à des rites initiatiques de sociétés traditionnelles, comportant des constantes ou des comportements

communs. Ces conduites à risque étant parfois un passage obligatoire afin d'être intégré dans un groupe d'individus (20).

Les facteurs de gravité important à prendre en compte dans l'évaluation sont la répétition de la conduite et les réponses inappropriées de l'environnement, comme l'indifférence et l'absence de sanction. Ces adolescents sont à la recherche d'une limite externe, car leurs limites internes sont défailantes, et ils ne s'arrêteront pas avant de l'avoir trouvée. L'attitude de l'environnement social et familial face à leurs transgressions répétées est donc déterminante pour leur avenir.

La psychopathologie en cause dans les risques pris de façon passive, comme la non-observance des soins et la négligence, est différente, car les éléments dépressifs y sont plus nets.

Dans tous les cas, le rôle des professionnels et des parents dans l'information aux jeunes est des plus importants.

3)2) Exemple des accidents à l'adolescence

Les accidents constituent la première cause de mortalité à cet âge, la seconde étant tout aussi évitable étant le suicide. Les seuls accidents de la voie publique représentent environ 40% des causes de décès, les accidents de sport étant plus fréquents mais moins graves. La morbidité est plus importante encore, et, selon les études, chaque année 10 à 25% des adolescents a un accident, une partie d'entre eux sont en fait des équivalents suicidaires.

Un pourcentage important d'adolescent transgresse les règles de sécurité, et les mesures légales dans ce domaine se montrent moins efficaces chez eux que chez les adultes. Mais les motivations psychiques de tels comportements sont plus difficiles à établir : il n'est notamment pas certain qu'il existe un lien entre la prise de risque et les éléments dépressifs. En revanche, il a été démontré que, comparés aux adolescents d'un groupe témoin, les accidentés ont eu plus d'événements de vie, présentent plus de conflits familiaux, de plaintes fonctionnelles et de conduites déviantes (17).

III. LES ADDICTIONS

L'addiction se caractérise par l'impossibilité permanente de contrôler un comportement de consommation de substances en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Elle regroupe deux types de comportements pathologiques : l'abus (ou usage nocif) et la dépendance.

1. L'ALCOOL ET LES JEUNES

1)1) Processus d'alcoolisation

Le sens de l'alcoolisation chez les jeunes dépend beaucoup de leur évolution. A chaque étape de leur vie, la signification de l'alcoolisation est différente, mais elle est aussi variable d'un individu à l'autre.

Sophie Le Garrec et Maryse Pervanchon (21) ont déterminé une « trajectoire du boire » :

- La première étape est une étape d'initiation à l'alcool. Elle a souvent lieu avant dix ans et se déroule le plus souvent dans le cadre familial. On fait goûter à l'enfant le champagne ou le vin (alcools dits « doux ») au cours d'un repas de famille, ou, on rigole de l'enfant qui finit les fonds de verre... La prise d'alcool est légitimée.
- La seconde étape est une étape d'apprentissage de l'alcool entre pairs. Elle se passe plutôt vers 12-14 ans et marque le passage à l'adolescence : début des regroupements entre pairs, avec nécessité de faire comme les autres pour être accepté par le groupe ; prise d'alcool forts, illégitimée, le vrai verre... Mais c'est aussi une période où le corps se modifie, la puberté, et où le jeune commence à réfléchir à son avenir, est en quête d'identité. L'alcool permet d'oublier ses angoisses face à cela, de mieux gérer les possibles échecs dans les premières relations sentimentales.
- Vers 14-20 ans, ce sont les premières vraies alcoolisations avec souvent une recherche quasi-expérimentale de ses limites. Cette expérience de l'alcool permet d'être reconnu

par le groupe tel un véritable rite initiatique (22). Ce « boire à l'extrême » les entraîne dans des conduites à risque notamment des défis formels ou informels ou encore l'alcool au volant.

- Par la suite, avec l'entrée progressive dans le monde des adultes, ils commencent à consommer de manière réfléchie de la même façon que leurs aînés : plaisirs du vin à table lors d'un repas dans son propre chez-soi, avec un petit groupe d'ami. Les grosses alcoolisations deviennent exceptionnelles à l'occasion de fêtes.

Ades et Lejoyeux (23) décrivent trois valeurs importantes de l'usage de l'alcool :

- La première, de la même manière que vu précédemment, est une conduite adaptative d'intégration au monde des adultes. Consommation festive à l'excès influencée par le groupe évoluant avec l'âge, soit vers une consommation raisonnée, soit une alcoolodépendance pour quelques uns.
- La seconde attitude est une conduite d'automédication. L'alcool est alors utilisée pour gérer les angoisses de l'adolescence, pour oublier le mal être que certains éprouvent : cas notamment des jeunes dépressifs ou des jeunes sociopathes, qui boivent plutôt de manière solitaire. L'état d'ivresse, plus ou moins associé à la prise de drogues illicites, permet à ces derniers le passage à l'acte (violence, viols, tentatives de suicides...).
- L'usage de l'alcool peut enfin avoir valeur de conduite toxicomaniaque, soit comme une première expérience durant l'adolescence, soit en association avec les autres drogues car l'alcool est moins cher et peut augmenter les effets des autres toxiques

A ces notions, il faut ajouter une petite nuance selon le genre. En effet, les filles, surtout avec l'âge, consomment de façon plus raisonnée et souvent des alcools moins forts. Elles subissent deux types d'influence : celle du regard péjoratif sur une femme qui boit, mais surtout, celle, importante, de l'image corporelle de la femme (« le corps doit être beau et ne pas s'abandonner à des attitudes indécentes » (24)).

Il est important de connaître ces significations de l'alcool de manière à mieux orienter et aider les jeunes lorsqu'ils rencontrent des difficultés.

1)2) Complications liées à la consommation d'alcool

Les complications liées à la consommation d'alcool sont fréquentes, cependant elles ne concernent pas directement la population adolescente, en effet, il s'agit surtout de complications liées à la consommation chronique d'alcool : les complications hépato-gastro-entérologiques cardiovasculaires, carcinologiques ou encore neurologiques. Ces dernières nécessitant une consommation chronique et déjà ancienne, ne concernant donc pas directement les jeunes. Celles-ci ne seront que brièvement traitées dans ce travail.

En revanche, les complications en rapport avec une consommation aiguë, ou l'association grossesse alcool, sont des phénomènes qui peuvent toucher les adolescents.

1)2)1) Complications liées à la consommation aiguë

1)2)1)1) L'ivresse alcoolique

Pour expliquer les modifications comportementales observées en cas d'alcoolisation aiguë (modifications évoluant d'une façon biphasique : excitation puis inhibition), les neurochimistes proposent un modèle physicochimique proche de celui décrit pour les médicaments anesthésiques. Expérimentalement, l'alcool fluidifie les membranes neuronales. Cette fluidification s'accompagne d'une modification d'affinité et de fonctionnement des récepteurs des neuroamines, en particulier du GABA (inhibiteur) et de l'acide glutamique (excitateur), entraînant des variations de flux des ions Cl^- et Ca^{++} à travers leurs canaux membranaires respectifs et, finalement, accélérant ou freinant les transmissions synaptiques.

Clinique :

- L'ivresse ordinaire : elle est caractérisée par la succession de trois phases : excitation, ébriété, dépression. La phase d'excitation psychomotrice est caractérisée par une impression de facilité intellectuelle et relationnelle, une hyperexpansivité, une perte du contrôle supérieur et une libération de tendances instinctives. L'ébriété est reconnaissable par une démarche instable, des gestes incoordonnés et dysmétriques (syndrome cérébelleux) auxquels s'associent une parole bredouillante, une pensée embrouillée, une perte de l'autocritique, des signes végétatifs : nausées, vomissements, diarrhées. Une période de dépression peut succéder : souvent, le sujet s'endort ; quelquefois, l'ivresse évolue vers un coma. Le

traitement de l'ivresse ordinaire se résume à une surveillance attentive, visant à prévenir les traumatismes.

Habituellement, le discours des malades ivres est pauvre, répétitif, larmoyant. Dans la plupart des cas, il est vain de tenter d'établir une relation verbale de bonne qualité à cette occasion. Mieux vaut organiser une rencontre le lendemain. Plus rarement, certains patients font des déclarations inadaptées (par exemples des déclarations amoureuses), ou confient des secrets intimes, touchant à un événement de leur passé très douloureux, souvent tragique. Le plus souvent, au décours de cet épisode aigu, les patients ne veulent ou ne peuvent (refoulement) en reparler.

- L'ivresse pathologique : il en existe plusieurs formes ; excitomotrices, hallucinatoires, délirantes, convulsivantes. Les personnes ivres vues en périodes excitomotrices sont très inquiétantes pour l'entourage et pour les soignants. Il importe de calmer ces malades. Si le médecin est assez sûr de lui et s'il dispose de suffisamment de temps, il peut obtenir ce résultat, dans la majorité des cas, par sa présence tranquille et par ses paroles. Chaque fois que possible, il éloignera l'entourage et tentera de se trouver seul à seul dans une pièce calme. Cette thérapeutique « douce » peut échouer, faute de temps, faute d'expérience ou à cause du degré de violence et d'opposition du patient. Dans ces cas, force est d'en venir à une contention physique « musclée » et de s'aider d'une injection médicamenteuse, soit VALIUM 10mg IM, soit DROLEPTAN IM, en connaissant le risque de collapsus cardiovasculaire. Ces formes nécessitant de recourir à des moyens extrêmes sont relativement rares (moins de 10% pour des personnes expérimentées). Les ivresses pathologiques ont une évolution plus prolongée que l'ivresse ordinaire et se terminent souvent par un coma.

De nombreux cas de ces ivresses s'accompagnent d'une amnésie transitoire. Le sujet reprend conscience après quelques heures, n'a aucun souvenir des faits survenus pendant cet épisode, mais se rend compte d'une lacune dans ses souvenirs. Ces épisodes, souvent appelés « black out » ou « trou noir », sont très angoissants et souvent cachés par les malades ; rarement ils sont un motif de consultation. La récurrence est fréquente et se fait sous une forme identique.

Dans quelques cas succède à l'ivresse un tableau clinique caractérisé par des illusions et des hallucinations acoustico-verbales connues sous le nom d'« hallucinose des buveurs de Wernicke ». L'évolution se fait habituellement en quelques jours ou en quelques semaines vers la guérison.

Les formes hallucinatoires et délirantes sont améliorées par l'halopéridol (HADOL) : 5 à 10 gouttes, 3 fois par jour. Les formes convulsivantes, après avoir éliminé une hypoglycémie,

nécessitent la prévention d'éventuelles récides en prescription pendant quelques jours une benzodiazépine. Ces formes hallucinatoires et délirantes ne sont pas rencontrées chez les adolescents, il s'agit de complications rencontrées chez des patients éthyliques chroniques, présentant déjà des troubles neuropsychiatriques liés directement à leur maladie.

1)2)1)2) Le coma éthylique

Le coma éthylique peut survenir à des taux d'alcoolémie variables à partir de 2,5 g/L chez les individus n'ayant pas l'habitude de consommer de l'alcool, alors que des individus très tolérants peuvent supporter des alcoolémies supérieures à 5 g/L.

Le coma éthylique se caractérise le plus souvent par une fluctuation rapide de l'état de conscience avec des phases d'agitation qui alternent avec des épisodes de confusion et d'altération de la vigilance plus ou moins marquée allant jusqu'à une perte de conscience totale.

La prise en charge lors d'un coma éthylique, débute par les mesures appliquées dans toutes formes de coma : protection des voies aériennes, gazométrie, voie veineuse, bilan sanguin, jusqu'à des mesures de réanimation si besoin (assistance respiratoire...).

L'effet vasodilatateur de l'alcool peut être à l'origine d'une déperdition de chaleur contre laquelle il faut lutter. En parallèle, il faut procéder à la recherche de la cause du coma. Le coma éthylique est suspecté lorsque le patient présente un foetor alcoolique, ce qui n'exclut cependant pas un coma d'une autre origine, les plus fréquentes étant l'hypoglycémie (à confronter bien entendu aux antécédents des jeunes patients), l'intoxication par des sédatifs (benzodiazépines, antidépresseurs) est à rechercher tout particulièrement chez les adolescents, l'hypoxie, l'hémorragie, l'intoxication au monoxyde de carbone ou plus rarement l'ischémie cérébrale (à évoquer notamment chez une jeune fille fumeuse et sous contraceptif oral).

1)2)1)3) Les accidents

L'alcoolisation aiguë est un facteur de risque majeur d'accident. On considère que 30% des accidents nécessitant des soins urgents peuvent être mis en relation avec l'alcool, soit parce que la personne est intoxiquée au moment de l'accident, soit parce qu'elle a un problème d'alcool (abus ou dépendance). Une étude conduite dans un service d'urgence français a permis de montrer que 90% des patients avec une alcoolémie supérieure à 0,8 g/L répondaient à des critères d'abus ou de dépendance à l'alcool. Une seconde étude, menée sur 4796 patients

observés dans 21 services d'urgence d'hôpitaux français à la suite d'accident de circulation, ménager, de travail, ou de blessure à l'occasion de rixes, retrouvait que 30% de ceux-ci avaient une alcoolémie supérieure ou égale à 0,8g/L.

L'alcool est associée à la gravité des accident, comme en témoignent plusieurs sources concordantes montrant que l'alcool est impliquée dans 5% des accidents avec dégâts matériels, 10% avec blessures légères, 20% avec blessures graves, et 50% des accidents mortels. (19)

Les accidents de la circulation sont particulièrement graves. On a calculé le risque relatif de survenue d'un accident mortel par accident de la circulation selon le taux d'alcoolémie, en prenant pour groupe témoin des conducteurs ayant une alcoolémie inférieure à 0,5 g/L :

ALCOOLEMIE (g/L)	RISQUE RELATIF D'ACCIDENT MORTEL
0,50 à 0,79	1,9
0,80 à 1,19	10
1,20 à 1,99	35
>2	72

Nous pouvons constater que pour une alcoolémie comprise entre 0,80 et 1,19 g/L, le risque relatif de décès est déjà multiplié par 10. (25)

Les accidents de la route sont devenus un phénomène de société. Ils sont responsables de près de 2% des décès chaque année en France. Depuis quelques années, les nombreuses campagnes de prévention, mais aussi de répression avec la mise en place depuis 2004 de nombreux radars automatiques sur les routes françaises, et le renforcement des contrôles, semblent porter leurs fruits, avec une diminution significative et régulière du nombre de tués sur la route.

Les 15-24 ans représentent 13% de la population, mais 27,6% des tués sur la route. Les accidents de la route sont la première cause de mortalité chez les 15 à 24 ans, et celle de 48% des décès chez les garçons de 15 à 19 ans.

D'après une enquête réalisée par l'ISPA (Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies), près de la moitié des jeunes garçons suisses de 16 à 20 ans affirment avoir déjà conduit au moins une fois en étant ivre.

1)2)1)4) La violence, les suicides

La consommation aiguë d'alcool est retrouvée fréquemment dans des situations de violence : accident (cf. ci-dessus), délits, comportements criminels et suicides.

L'alcoolisation aiguë s'accompagne parfois d'un passage à l'acte violent vis-à-vis d'un familier, le plus souvent la compagne, d'autres fois les enfants. Cependant les adolescents ne sont pas à l'abri de ce genre de complication, qu'il s'agisse de violence vis-à-vis de membre de leur propre famille ou autres lors d'alcoolisation aiguë.

1)2)2) Alcool et grossesse

Les conséquences sur le fœtus de l'ingestion de boissons alcoolisées par la femme enceinte ont été reconnues à la fin des années 1960.

Lemoine en 1968 aborde le sujet pour la première fois. Il relate un certain nombre d'anomalies constatées chez les enfants nés de parents alcooliques. Quelques années plus tard, des canadiens et des américains décrivent le même syndrome. Depuis des études ont été menées en Europe et aux USA pour déterminer la fréquence du syndrome d'alcoolisme fœtal dépisté dans les services de néonatalogie.

Chaque année, plus de 3000 adolescentes de moins de 16 ans sont enceintes (et près de 16000 avant 18 ans), un peu moins des deux tiers a recours à l'IVG, les autres veulent poursuivre leur grossesse, ou la révèlent trop tardivement. (26)

En dehors des conséquences gravidiques (fausse couche, prématurité, hématome retro-placentaire), les principales complications sont fœtales. Ne seront développées dans cette partie que les effets directs de la consommation d'alcool sur le fœtus, en particulier les Syndrome d'Alcoolisme Fœtal.

Même si la fréquence de ce syndrome est difficile à estimer, les chiffres annoncés vont de 0,5 à 4 naissances sur 1000, soit une incidence de 400 à 2400 enfants par an en France.

Ces chiffres sont largement supérieurs à ceux de la trisomie 21, du syndrome de l'X fragile, de l'hypothyroïdie, la phénylcétonurie ou la grande prématurité, et pourtant certains donnent lieu à un dépistage systématique, pré ou néonatal.

L'alcool passe de façon passive la barrière placentaire et se retrouve dans le liquide amniotique et le sang fœtal à des concentrations identiques à celles du sang maternel, voire bien plus élevée car l'équipement enzymatique de détoxification (alcool déshydrogénase) n'apparaît chez le fœtus qu'au deuxième mois de la grossesse et reste assez réduit.

L'acétaldéhyde, premier produit de dégradation de l'éthanol semble beaucoup plus toxique que l'alcool lui-même. Comme la clairance hépatique du fœtus est faible, sa durée d'exposition à l'alcool est plus élevée que sa mère.

L'alcool est un tératogène responsable de diverses complications et malformations regroupées sous le terme : Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation du Fœtus (ETCAF). La conséquence la mieux connue et la plus typique est représentée par le Syndrome d'Alcoolisation Fœtal (SAF). Elle est la plus visible à la naissance, mais pas forcément la plus grave si l'on considère les atteintes neurologiques. Ces formes moins apparentes sont désignées sous le terme : Effets de l'Alcool sur le Fœtus (EAF) et sont responsables de troubles neuro-comportementaux, d'échec scolaire et d'exclusion sociale.

Le Syndrome d'Alcoolisme Foetal comporte :

- le retard de croissance (dans 80% des cas) qui est le principal critère diagnostique du SAF. Il est harmonieux car il touche le poids, la taille et le périmètre crânien. L'importance du retard de croissance est fonction de la dose ingérée. Le défaut de croissance du périmètre crânien est le reflet de l'insuffisance du développement cérébral qui sera responsable de l'insuffisance mentale ultérieure.
- La dysmorphie crânio-faciale : L'ensellure nasale est prononcée, le nez est court, en trompette. Le philtrum est allongé, convexe, et la lèvre supérieure est mince et elle aussi convexe. Le menton est petit, étroit, effacé par un rétrognatisme important. Le front est bas, bombé, étroit et parfois hirsute. Les arcades sourcilières sont aplaties, les fentes palpébrales rétrécies. Les fentes oculaires sont étroites, il existe souvent un épicanthus et un hypertélorisme. Les oreilles sont basses et décollées avec un bord supérieur horizontal.
- Les malformations congénitales (10 à 30%) : Elles se constituent pendant la phase d'organogenèse du premier trimestre de la grossesse. Il peut s'agir de cardiopathies

(CIA et CIV), d'anomalie du système nerveux (spina bifida, hydrocéphalie, méningocèle, agénésie du corps calleux), des anomalies du squelette (luxation de hanche, synostose radio-cubitale, scoliose, microphthalmie) et d'autres malformations (fentes labio-palatines, angiomes cutanés...)

- Les atteintes neuro-comportementales : il est parfois difficile de distinguer les troubles neuro-comportementaux secondaires à l'alcool de ceux qui sont liés à l'environnement. On décrit des troubles de la motricité fine, du tonus, de la coordination. Les acquisitions du langage, de la lecture, de l'écriture sont retardées. Ces enfants sont bien souvent agités, euphoriques, irritables, agressifs. La débilité mentale, qualifiée le plus souvent de légère à modérée est en relation directe avec l'imprégnation alcoolique au cours de la grossesse.

Le risque fœtal est difficile à prévoir, mais on connaît plusieurs variables corrélées aux risques d'atteintes fœtales :

- la dose ingérée
- le terme et la durée d'exposition
- la façon de boire

La consommation du premier trimestre de la grossesse est corrélée aux risques malformatifs et à la dysmorphie, celles des deuxième et troisième trimestres aux troubles du développement. L'ancienneté de l'alcoolisme est un facteur aggravant.

L'intoxication aiguë et transitoire (plus de cinq verres) est également dangereuse pour le fœtus, la période critique étant les cinq premiers mois.

Actuellement, aux USA, l'option zéro est recommandée. Les campagnes d'information en France sont très peu développées, notamment auprès des plus jeunes. Peu de gens savent que l'alcool au cours de la grossesse est la première cause de retard mental acquis de l'enfant dans notre pays et qu'il s'agit d'une incapacité évitable et que des doses modérées d'alcool ou des ingestions occasionnelles sont dangereux pour le fœtus.

On ne connaît pas le seuil de consommation d'alcool qui serait sans risque pour l'enfant à naître, la seule recommandation « jamais d'alcool au cours de la grossesse » est l'objectif à défendre chez la femme enceinte.

1)2)3) Complications liées à la consommation chronique

Cette partie traitant des complications liées à une consommation chronique d'alcool ne sera que brièvement développée, car ne concernant pas ou peu la population adolescente.

Elle le sera dans la partie « annexes » de ce travail, où seront également développées les rappels sur l'alcool, les consommations à risque, les différents types d'alcool ou encore les interactions alcool-médicaments.

On retrouve dans les complications :

- les complications hépato-gastro-entérologiques : gastrites, pancréatites, hémorragies digestives, hépatites, cancers...
- les complications neuropsychiatriques : polynévrites, encéphalites, épilepsie, HSD...
- les complications cardiovasculaires : cardiomyopathies, HTA...
- les complications endocriniennes, infectieuses, etc

1)3) Données épidémiologiques

1)3)1) Consommation d'alcool, chiffres et évolution

D'après l'IREB, l'Institut de recherches scientifiques sur les boissons, entre 1996 et 2001, les proportions de jeunes consommant de l'alcool a baissé de 67 à 55%. Cette tendance s'est accompagnée d'une diminution de la fréquence des ivresses (27).

Les quantités bues en 2001 passent de 2 verres par mois à 13/14ans à 34 verres à 19/20 ans. Tout âge confondu, consommateurs et non consommateurs, la moyenne des quantités bues est passée de 23 à 19 verres par mois. Cependant le volume moyen d'alcool consommé chez les seuls consommateurs est resté stable à 33 verres en moyenne par mois.

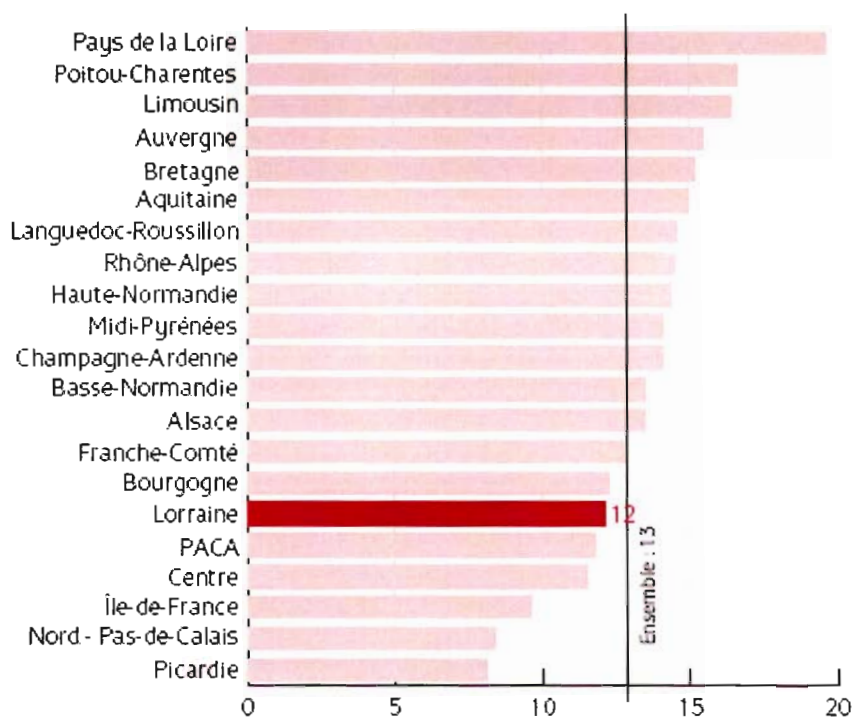
En 2001, 22% des 13-20 ans déclarent consommer de l'alcool moins d'une fois par an et sont donc considérés d'après les critères de l'enquête comme non consommateurs ; parmi ceux-ci 13% n'en ont jamais consommé.

On compte 23% de consommateurs très occasionnels, soit moins d'un verre par mois et 34% de consommateurs occasionnels (1 à 9 fois par mois).

Enfin il y a 21% de consommateurs plus fréquents, c'est-à-dire consommant plus de 10 verres d'alcool par mois.

Avec l'âge, la consommation augmente très vite, garçons et filles confondus : le pourcentage de non consommateurs passe de 41% chez les 13-14ans à 8% chez les 19-20 ans , alors que la fréquence de consommateurs fréquents passe de 2 à 43%.

Usage régulier d'alcool à 17 ans :



D'après l'OFDT, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, et l'enquête ESCAPAD (enquête réalisée lors de la journée de préparation à la défense), en 2003, la consommation régulière des jeunes de 17 ans (soit une consommation d'alcool à plus de 10 reprises au cours des 30 derniers jours) se situe dans la moyenne en Lorraine (28).

L'usage régulier d'alcool apparaît plus répandu sur la façade atlantique du pays, de la Bretagne à l'Aquitaine, ainsi que dans le Limousin, en Auvergne et en Rhône-Alpes. C'est dans le Nord-Pas-de-Calais, en Picardie et en Ile-de-France qu'il s'avère le moins fréquent. La région Pays de Loire est de loin la plus consommatrice (la proportion de buveurs réguliers y atteint près de 20%), et ce sont les régions Picardie et Nord-Pas-de-Calais qui le sont le moins (avec une proportion de 8%) : il y a ainsi deux fois plus de buveurs réguliers en Pays de la Loire que dans les régions du nord de la France.

Si les buveurs quotidiens sont très minoritaires au sein de la population des 17 ans (1,0% sur l'ensemble du territoire, tous sexes confondus), quatre régions s'écartent néanmoins de cette valeur de façon significative : soit qu'elles se situent en dessous du reste de la France comme

la Bretagne (0,4%) et l'Ile-de-France (0,6%), soit au dessus comme en Rhône-Alpes (1,4%) et surtout pays de la Loire (2,5%). Ces écarts restent toutefois faibles.

Dans toutes les régions, l'écart entre les sexes est important pour les usages réguliers (19% versus 6%, sur l'ensemble de la métropole) comme pour l'usage quotidien (1,8% chez les garçons vs 0,2% chez les filles).

Cette cartographie présente quelques similitudes avec celle obtenue dans le Baromètre Santé 2000, pour un indicateur différent ; l'usage quotidien des adultes.

C'est le cas notamment pour le Nord-Pas-de-Calais, mais aussi pour un grand Sud-Ouest (toutefois Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon apparaissent surconsommatrices pour les adultes, alors qu'elles ne le sont pas chez les jeunes) (29). Mais, de façon générale, les régions sous-consommatrices apparaissent assez différentes dans les deux enquêtes (dans le Baromètre Santé 2000 il s'agit de la Haute et de la Basse-Normandie, ainsi que de la région PACA). Ceci s'explique sans doute par la nature des boissons consommées : en effet les adultes consomment surtout du vin, alors que ce n'est pas le cas des jeunes

1)3)2) Consommation en fonction du sexe

Volumes moyens d'alcool consommés en fonction du sexe :

En nombre de verres d'alcool par mois (vpm)			
Consommateurs et non-consommateurs confondus			
Classes d'âge	Filles	Garçons	Ensemble
13-14 ans	2,9	1,4	2,3
15-16 ans	5,2	10,5	8,1
17-18 ans	13,7	49,9	33,3
19-20 ans	15,0	50,4	33,6
Ensemble	8,9	29,4	19,4

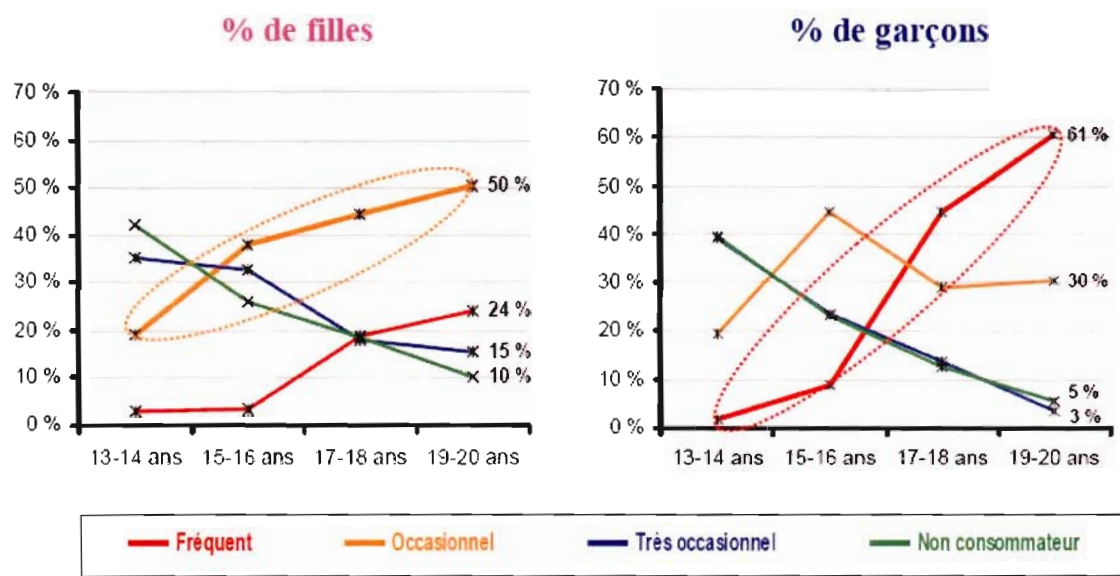
Dès 17/18 ans, les garçons boivent trois fois plus que les filles (27), soit 13.7 verres par mois en moyenne pour les filles, contre près de 50 pour les garçons. C'est à partir de cet âge que la différence entre les deux groupes se stabilise.

Pour l'ensemble de la population interrogée la moyenne est de 8.9 verres pour les filles contre 29.4 pour les garçons.

L'ivresse est également plus fréquente chez les garçons que chez les filles avec 19% contre 8% (30).

Les consommations d'alcool varient en revanche sur le plan qualitatif (type d'alcool consommé). Il en est également de même pour le cadre et les raisons de ces alcoolisations. Ces critères seront traités dans une prochaine partie.

Evolution des fréquences de consommation avec l'âge :



Sur ces graphiques sont différenciés :

- les non consommateurs : ils consomment de l'alcool moins d'une fois par an
- les consommateurs très occasionnels : moins d'une fois par mois
- les consommateurs occasionnels : une à dix fois par mois
- les consommateurs fréquents : il s'agit de jeunes buvant 10 fois par mois ou plus.

Les données de fréquence de consommation selon l'âge et le sexe soulignent la consommation plus forte et plus répandue des garçons par rapport aux filles.

Les deux graphiques, à gauche pour les filles, à droite pour les garçons, représentent l'évolution :

- avec l'âge
- des proportions de jeunes selon leur fréquence de consommation

Ainsi chez les filles :

- La proportion de filles consommant peu ou pas d'alcool baisse nettement avec l'âge.
- C'est la fréquence ou le mode occasionnel qui prime dans l'évolution, et ce, dès 15-16 ans, elle concentre la moitié des filles à 19-20 ans.
- Quelques filles consomment plus fréquemment à partir de 17-18 ans, concernant un quart d'entre elles à 19-20 ans.

Chez les garçons :

- Les consommations très occasionnelles ou nulles chutent plus bas et plus rapidement avec l'âge.
- Le mode occasionnel est supplanté par le mode fréquent dès 17-18 ans, où il augmente fortement, même aux dépens des consommateurs occasionnels.

A 19-20 ans, l'opposition garçons/filles se situe entre consommation occasionnelle qui prime chez les filles (50% d'entre elles, contre 30% des garçons) et consommation fréquente chez les garçons (61% d'entre eux contre 24% des filles)

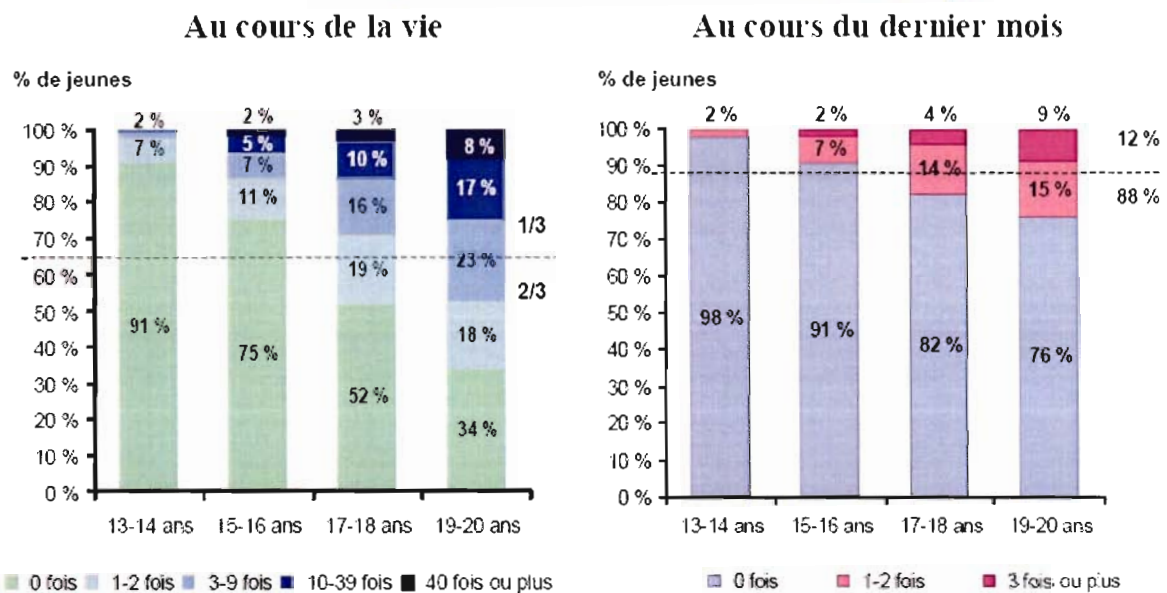
1)3)3) Description comportementale

1)3)3)1) Les ivresses

L'ivresse est définie comme un état d'excitation psychique et d'incoordination motrice due à l'absorption massive d'alcool.

L'âge moyen de la première ivresse est de 15ans ½ chez les garçons contre 16 ans ½ chez les filles. Ces états surviennent principalement avec des amis (70%), au cours d'une fête (46%) plus souvent que d'un dîner (25%)

Fréquence des ivresses selon l'âge



Au cours de leur vie deux tiers des 13-20 ans déclarent n'avoir jamais connu d'ivresse, 69% de filles contre 58% de garçons.

La proportion diminue bien entendu avec l'âge ; passant de 91% à 13-14 ans contre 34% des 19-20 ans.

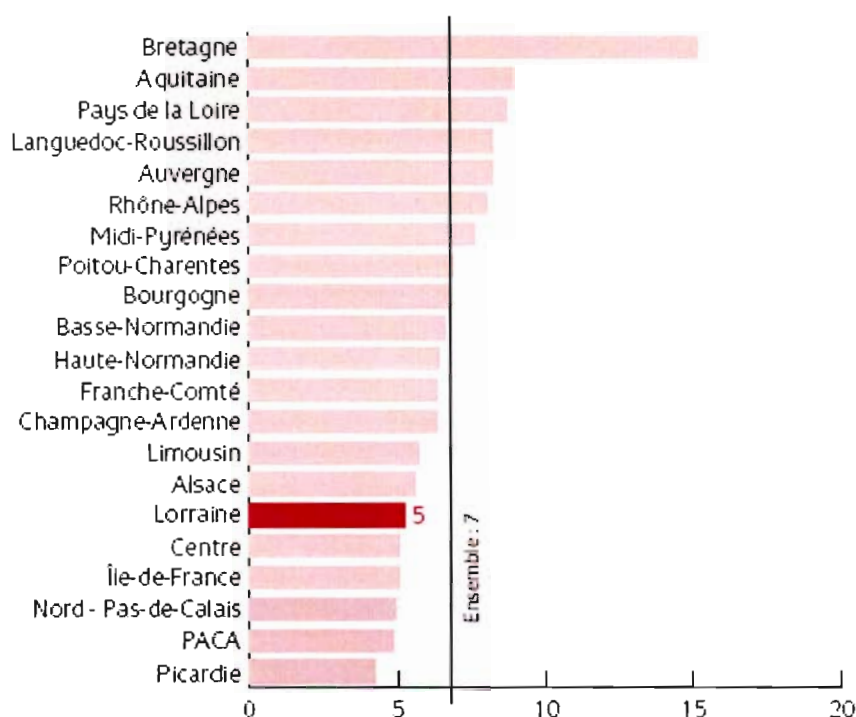
Les résultats de l'enquête IREB ont mis en évidence qu'un jeune sur dix (12%) déclare avoir été ivre au cours du dernier mois (19% des garçons contre 8% des filles), ce pourcentage passe de 2% à 13-14 ans à 24% à 19-20 ans.

Ceux qui ont déclaré 3 ivresses ou plus au cours du dernier mois atteignent 9 % à 19-20 ans et il s'agit 2 fois plus souvent de garçons que de filles.

Comparativement, l'étude ESCAPAD 2003 réalisée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, retrouvait un âge moyen de première ivresse de 15,0 et 15,3 ans pour les garçons et les filles ($p < 0,001$). Les garçons de 17 ans déclaraient plus souvent que les filles avoir été ivres au cours de leur vie avec 62,8% contre 49,1%, ou au cours des douze derniers mois (55,8% contre 38,2%).

L'évolution entre 2000 et 2003 de l'expérimentation de l'ivresse apparaissait relativement stable chez les filles (49,1% contre 49,5% en 2000) comme parmi les garçons (62,8% contre 63,2% en 2000).

Ivresses régulières à 17 ans :



D'après cette même étude ESCAPAD (31), les ivresses régulières chez les 17 ans sont rares : seuls 6,6% des jeunes disent avoir été ivres au moins dix fois au cours de l'année (10% des garçons vs 2,9% des filles).

Six régions se situent en deçà du reste de la France (38) : Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France, Centre et Lorraine au Nord de la France, Provence-Alpes-Côte d'Azur au sud. Quatre régions sont au-delà : Rhône-Alpes, Pays de la Loire et Aquitaine (proches de 9%), et

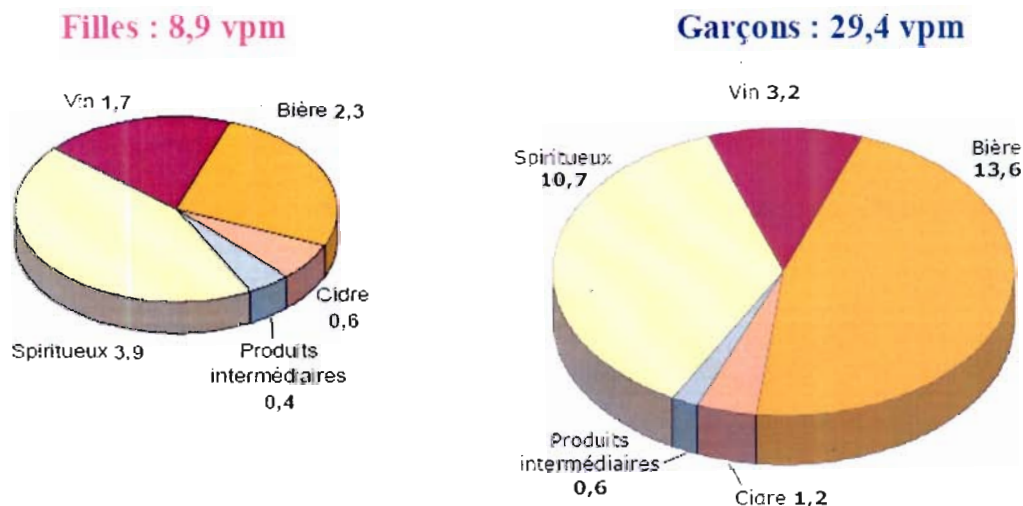
surtout la Bretagne (15%). Les régions de la façade atlantique et particulièrement la Bretagne, qui est très largement à part, présentent donc un profil de consommation d'alcool assez orienté vers l'ivresse. La région Poitou-Charentes constitue une relative exception à cette concentration des ivresses sur la façade atlantique puisque, si l'ivresse au cours de l'année y est plus répandue que dans le reste de la France, les ivresses régulières y apparaissent tout à fait dans la moyenne.

Les résultats de l'enquête ESCAPAD 2005 sont cependant moins positifs. On note sur le plan des ivresses régulières une augmentation de 6,6% à 9,6% des ivresses régulières entre 2003 et 2005 (31b). Ce comportement d'alcoolisation correspond au terme anglo-saxon *binge drinking* désignant une alcoolisation clairement supérieure aux recommandations de l'OMS.

1)3)3)2) Type d'alcool consommé

Types de boissons alcoolisées consommées

En nombre de verres d'alcool par mois (vpm)



En proportion, les filles consomment plus de spiritueux et de vin que les garçons se tournant pour leur part particulièrement plus vers les bières.

Cependant, la quantité (exprimée ici en verres par mois) qu'elles consomment reste 2 à 3 fois moindre que celle bue par les garçons :

-spiritueux : filles = 3.9 vpm versus garçons = 10.7 vpm

-vin : filles = 1.7 vpm versus garçons = 3.2 vpm

La consommation la plus importante chez les garçons concerne la bière avec 13.6 vpm, les spiritueux arrivent en second.

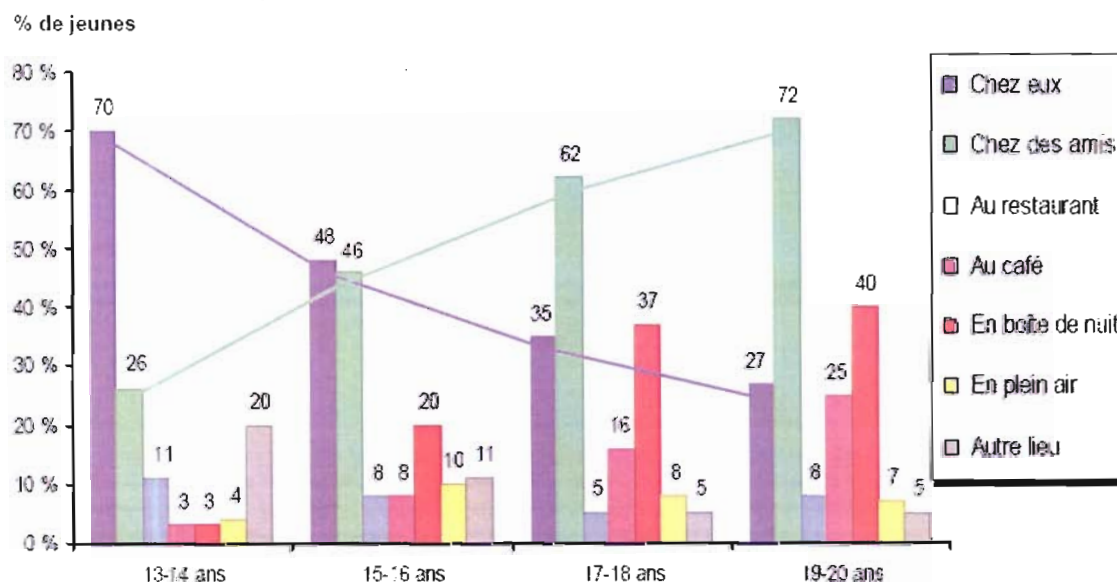
Parmi les vins, les filles boivent plus de vins pétillants que les garçons : 26% versus 18%

Pour les spiritueux, le whisky représente l'alcool le plus consommé : 27% chez les garçons versus 20% chez les filles.

Notons que, pour un pays vinicole qu'est la France, le vin n'est qu'en troisième position chez les jeunes tant chez les filles que chez les garçons.

1)3)3) Lieux de consommation

Lieux où les jeunes déclarent boire le plus :



Tous âges et sexes confondus, les lieux où les jeunes déclarent boire le plus sont chez eux et chez des amis.

Les garçons citent plus souvent le domicile des amis.

Avec l'âge mais indépendamment du sexe, le domicile des amis se substitue au leur :

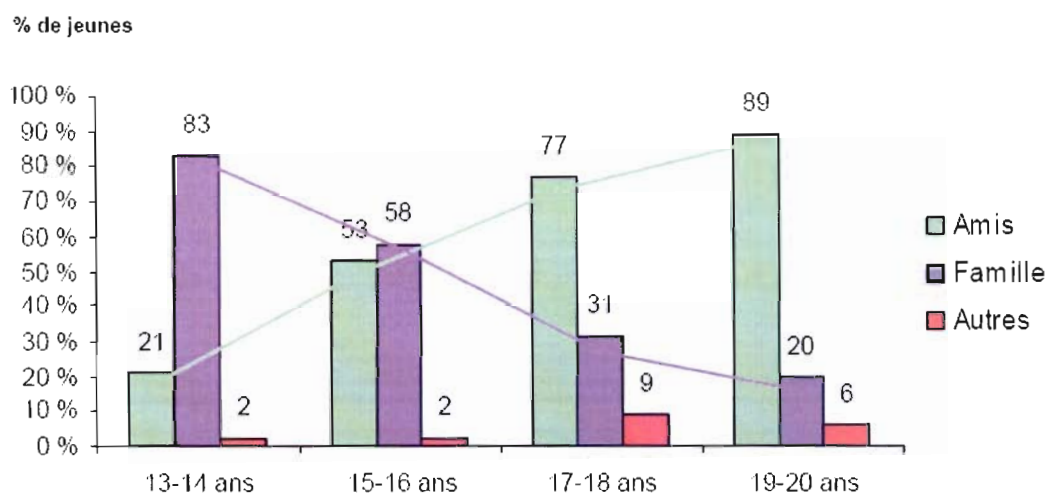
- à 13-14 ans, les jeunes citent plus souvent leur domicile (70%), moins souvent celui de leurs amis (26%).
- A 19-20 ans, les pourcentages s'inversent : 27% citent leur propre domicile contre 72% celui de leurs amis.
- La bascule se fait à 15-16 ans où les deux lieux sont cités autant l'un que l'autre, soit autour de 47%.

Avec l'âge, apparaissent aussi, mais dans une bien moindre mesure, la consommation en boîte de nuit ou au café.

A chaque lieu son type de boisson :

- Chez eux comme au restaurant, en compagnie de leur famille, les jeunes boivent surtout du vin ou des boissons à degré d'alcool modéré (inférieur à 13° : champagne, vin cidre et kir).
- Chez des amis, la bière semble être privilégiée (respectivement 20% et 44%), mais les alcools forts sont aussi très présents (whisky, vodka, tequila).
- En boîte de nuit, ce sont plutôt des alcools forts (whisky, vodka, gin, Malibu) ou bière (10%)
- Au café, la moitié des citations concernent la bière.

Personnes avec lesquelles les jeunes déclarent boire le plus :



En accord avec les lieux, c'est bien lorsqu'ils sont avec des amis que les jeunes de 13 à 20 ans, ages confondus, déclarent consommer le plus de boissons alcoolisées.

Ils sont 64% des consommateurs, les garçons un peu plus souvent (69%) que les filles (59%).

La famille arrive ensuite, bien plus souvent citée par les filles que les garçons (52% contre 37%).

Avec l'âge, on retrouve la part des amis croissant, se substituant à celle de la famille.

Rares sont les jeunes qui déclarent consommer plus de boissons alcoolisées seul ou avec des collègues de travail, légèrement plus avec leur petit ami ou conjoint.

Ces chiffres confirment donc que « l'entrée dans la consommation d'alcool » se fait principalement dans le cadre familial.

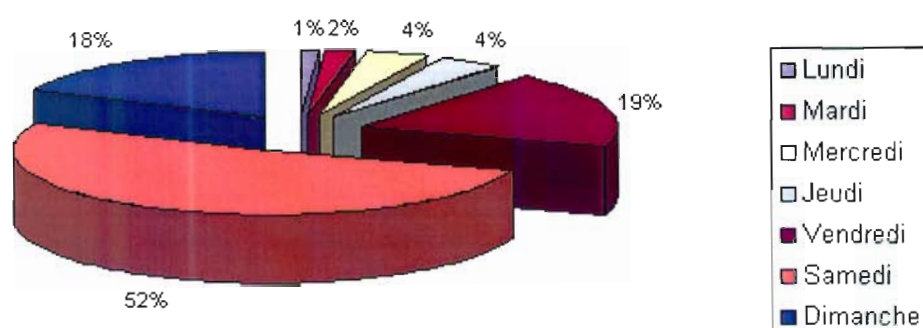
Avec l'âge, les jeunes boivent moins chez eux et de plus en plus chez leurs amis surtout, puis en boîte de nuit et au café.

A la vue de l'évolution des alcools consommés ainsi que des lieux de consommation en fonction de l'âge, nous pouvons donc penser qu'il s'agit principalement d'un mode festif.

1)3)3)4) Moments de consommation

Sans surprise, le jour de la semaine où les jeunes consomment le plus est le Samedi pour 52% des 13-20 ans, suivi du Vendredi (19%) et du Dimanche (18%), comme nous montre ce graphique.

Ce résultat allant de paire avec une consommation festive.



1)3)3)5) Alcool et tabac

Alcool et tabac

Il n'y a pas de différence entre garçons et filles concernant leur expérimentation de l'alcool et du tabac

% de jeunes ayant déjà consommé au cours de leur vie...		
	de l'alcool	du tabac
Filles	86 %	63 %
Garçons	88 %	65 %

Alcool fréquent :

au moins 10 occasions de consommation dans le mois

Tabac fréquent :

au moins 11 cigarettes par jour

% de jeunes consommant actuellement fréquemment ...			
	de l'alcool seul	du tabac seul	alcool et tabac
Filles	8 %	10 %	4 %
Garçons	18 %	5 %	12 %

Il n'y a pas de différence entre garçons et filles pour l'un ou l'autre des produits : environ 87% d'entre eux ont goûté à l'alcool, et moins de 64% ont goûté au tabac tout âge confondu.

L'augmentation du pourcentage de jeunes ayant expérimenté le produit est linéaire pour l'alcool, elle fait un saut à 15-16 ans pour le tabac.

En terme de consommation fréquente (d'après les critères définis ci-dessus), on distingue la consommation fréquente de tabac seul, la consommation fréquente d'alcool seul, et la consommation fréquente des deux produits.

Ces résultats montrent que si les filles consomment deux fois plus souvent du tabac seul (10% contre 5%), dès que l'alcool rentre en ligne de compte, ce sont les garçons qui sont 2 à 3 fois plus nombreux à en consommer fréquemment.

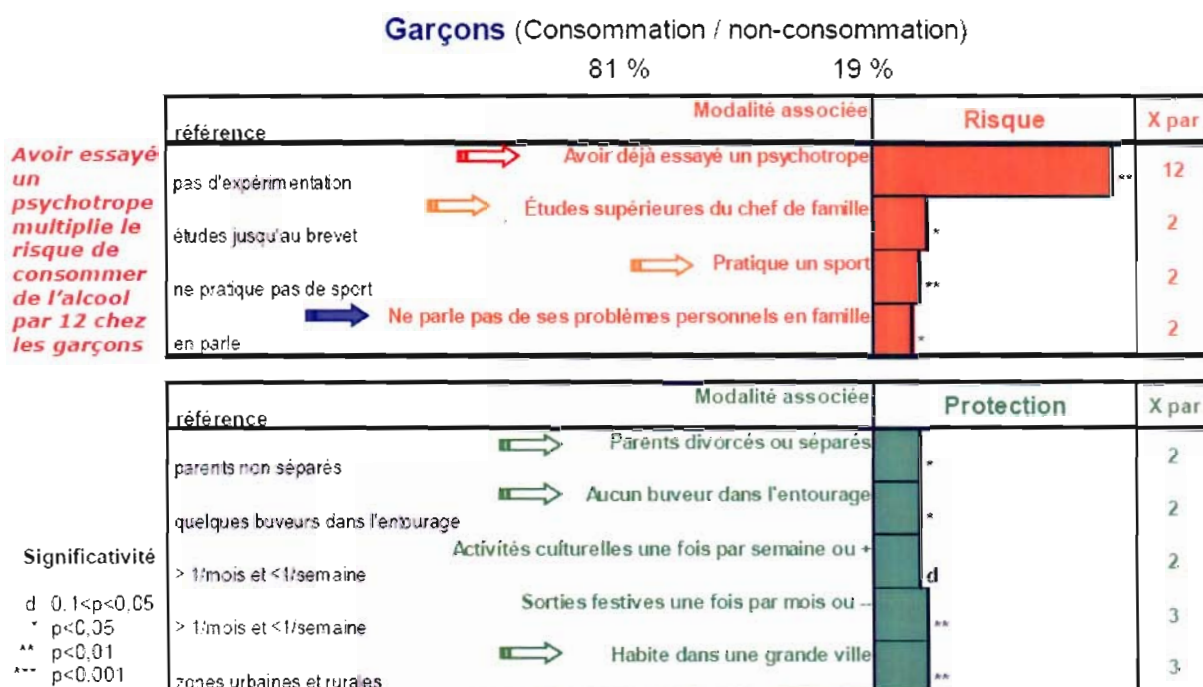
Ainsi, ils sont 18% à boire fréquemment de l'alcool seul contre 8% des filles, ils sont 12% à boire et fumer fréquemment, contre 4% des filles, soit trois fois plus.

Au total, ils sont 30% à boire fréquemment de l'alcool contre 12% des filles.

1)3)4) Description sociologique

1)3)4)1) Critères favorisant la consommation d'alcool

- Facteurs associés à la consommation chez les garçons :



Si l'on s'intéresse aux facteurs de risque des garçons de consommer de l'alcool (ils sont 81% à en consommer et 19% de non consommateurs), quel qu'en soit le volume, on voit tout de suite l'importance hautement significative du fait d'avoir essayé un psychotrope : la présence de ce facteur multiplie le risque de consommer de l'alcool par 12, toutes choses égales par ailleurs (27).

Pratiquer un sport est une occasion de convivialité qui augmente également le risque de consommer de l'alcool, sans remettre en cause bien entendu les bienfaits de la pratique d'un sport.

On note aussi l'effet positif du fait de ne pas parler de ses problèmes personnels en famille.

De manière plus étonnante, le jeune français dont le père de famille a fait des études supérieures est le plus souvent consommateur d'alcool, mais on ne précise pas la fréquence de consommation d'alcool. (Fait illustré par le cas clinique n° 13)

A l'opposé, le facteur diminuant le risque de consommer de l'alcool chez les garçons sont l'absence de buveurs dans l'entourage (importance du modèle familial), le fait d'avoir des activités culturelles fréquentes ou des sorties festives moindres.

La surprise vient d'un autre facteur : « avoir des parents divorcés » diminue la fréquence de consommation. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des enfants divorcés vivent avec leur mère, souvent moins consommatrice.

Quelques précisions sur le divorce :

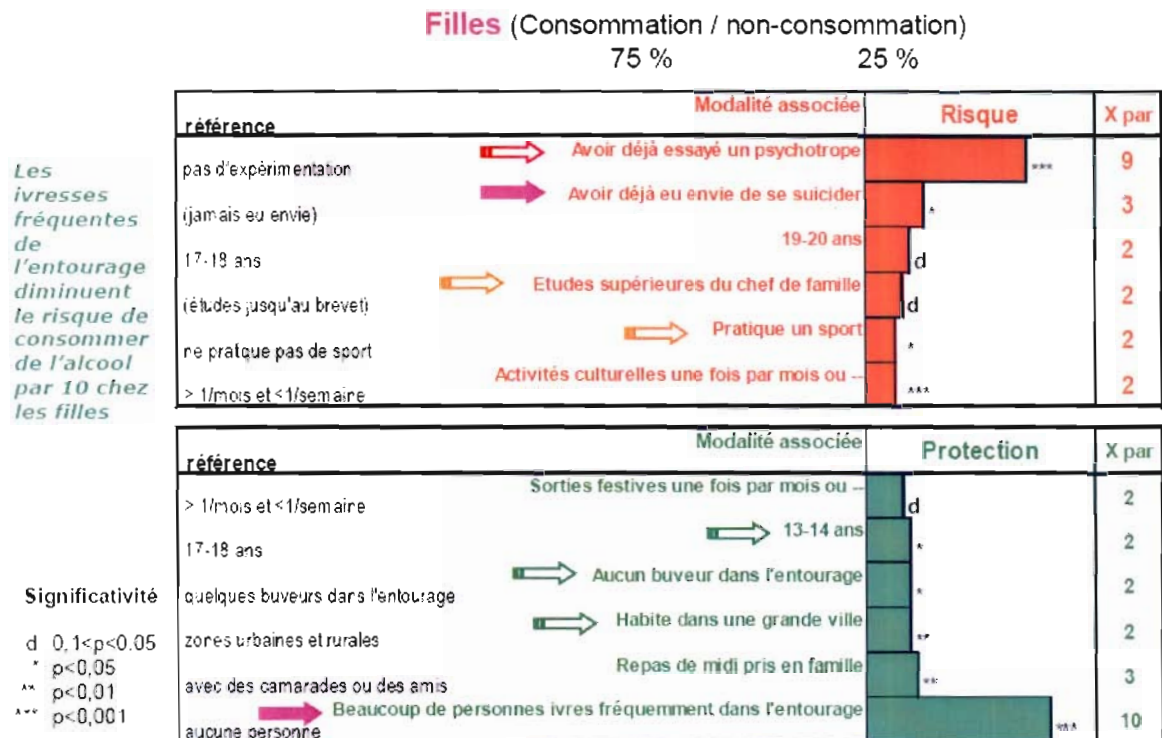
- 29% des jeunes ont leurs parents divorcés ou séparés
- 70% des jeunes ayant leurs parents séparés, la séparation date depuis 5 ans ou plus.

Durée depuis laquelle leurs parents sont divorcés :

- Il n'y a pas de différence selon le critère et le type de consommation (à aucun moment) entre non consommateur/consommateur et consommateur occasionnel/consommateur fréquent.
- Il en est de même si l'on fixe la durée à 8 ans (moyenne chez ceux ayant des parents divorcés) au lieu de 5 ans

Par ailleurs, contre toute attente, vivre dans une grande ville n'est pas associé à une consommation importante, ce qui remet en cause certains clichés. Résultat que l'on pourrait interpréter par des différences entre les modes de vie urbains et non urbains.

- Facteurs associés à la consommation chez les filles :



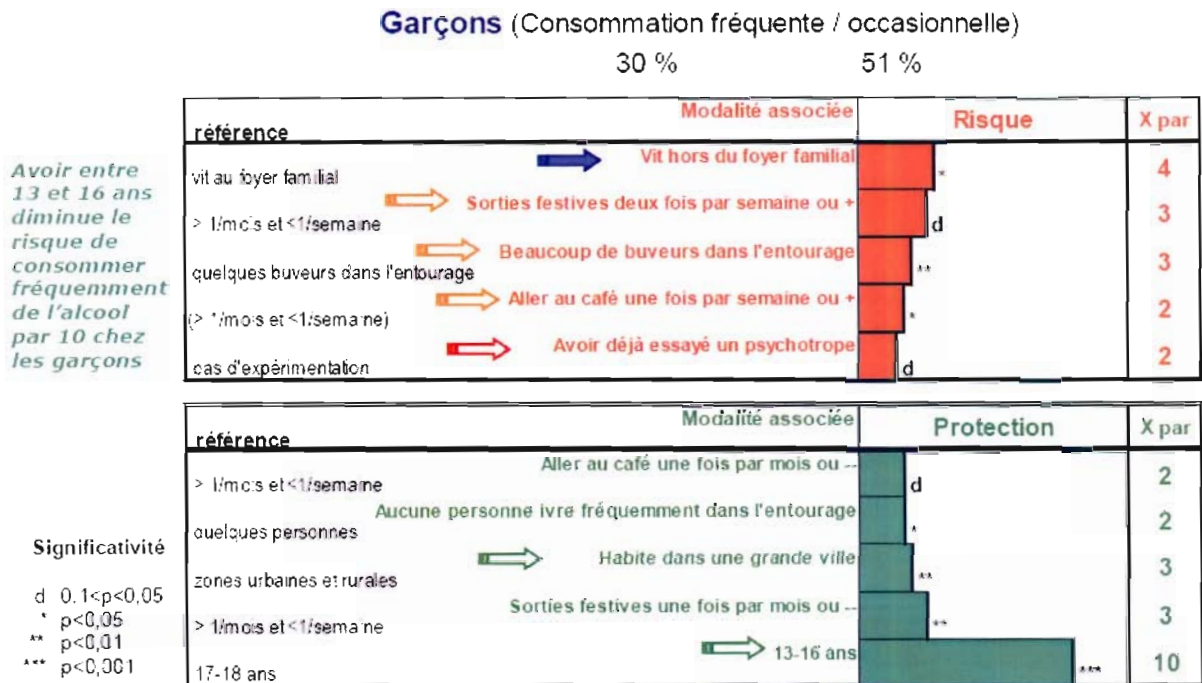
Chez les filles, moins nombreuses à être consommatrices que les garçons (75% contre 81%), on retrouve la grande influence d'avoir essayé un psychotrope, de même que l'influence positive des autres mêmes facteurs que chez les garçons. Mais ce qui apparaît en plus chez elles, c'est la dimension psychologique : avoir eu envie de se suicider augmente le risque d'être consommatrice. De même, avoir 19 ou 20 ans augmente ce risque, toutes choses égales par ailleurs, alors qu'avoir 13 ou 14 ans le diminue.

Ce qui est assez étonnant, c'est qu'un facteur et son inverse peuvent avoir le même effet. Le fait de ne pas avoir de buveur dans son entourage réduit la probabilité d'être consommateur, tant chez les garçons que les filles ; de même, mais seulement chez elles, quand une fille a beaucoup de personnes souvent ivres autour d'elle, elle a moins de risque de consommer.

Par contre, le fait d'avoir beaucoup de buveurs dans son entourage augmente systématiquement le risque de boire fréquemment. On retrouve cette proximité des extrêmes dans beaucoup de domaines. Les parents qui s'occupent trop ou pas du tout de leurs enfants peuvent avoir une influence négative. D'une certaine façon, la modération a toujours raison.

1)3)4)2) Critères favorisant le passage de la consommation occasionnelle à la consommation fréquente

- Chez les garçons :



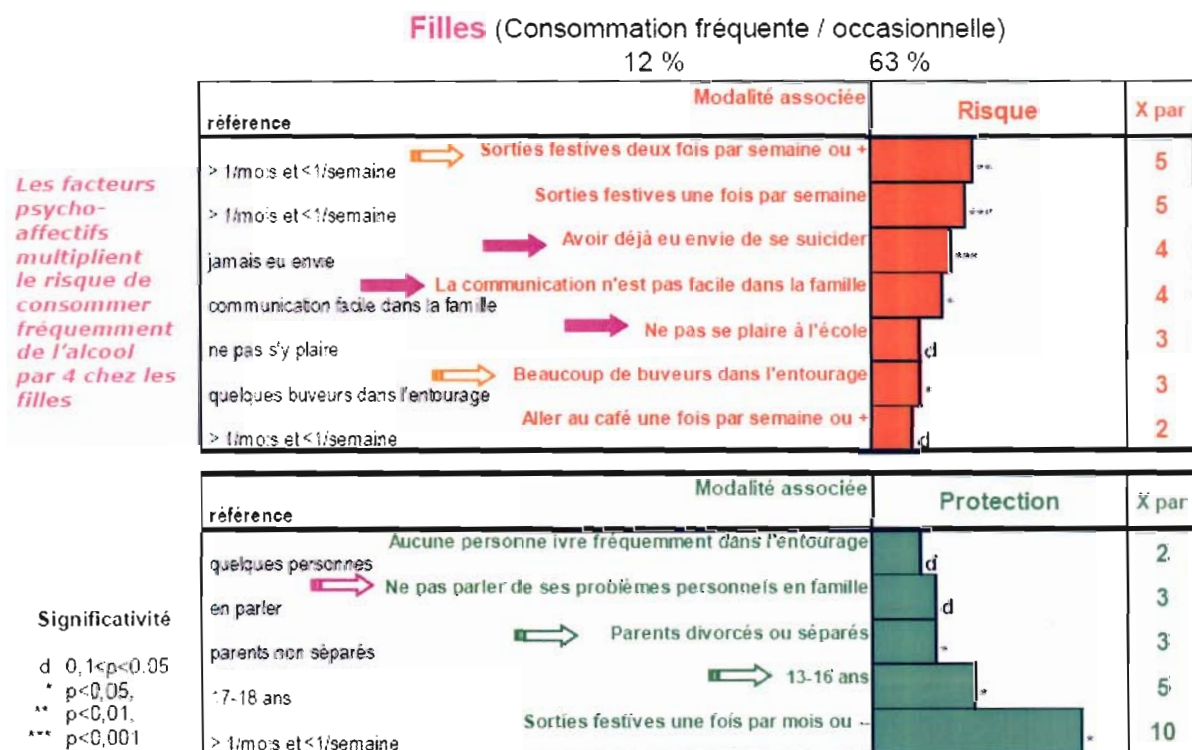
Certains facteurs associés à une consommation fréquente d'alcool (soit plus de 10vpm) sont connus.

Chez les garçons, par exemple, l'expérimentation d'autres psychotropes ou la présence, dans l'entourage, de nombreux buveurs, sont des facteurs que l'on retrouve dans de nombreuses enquêtes. Parmi les autres facteurs, on retrouve toutes les occasions de sociabilité et de convivialité : les sorties festives ou au café.

A l'inverse, les facteurs protecteurs sont l'absence de personnes fréquemment ivres dans l'entourage, une moindre fréquentation des cafés et des fêtes et, surtout, le plus jeune âge (tout bascule vers 16 ans).

Evidemment, le cumul de facteurs de risque multiplie d'autant la probabilité, toutes choses égales par ailleurs, d'être un consommateur fréquent : en l'occurrence, les garçons consommateurs fréquents sont 42% à présenter au moins trois des caractéristiques repérées dans l'analyse ci-jointe (réalisée comparativement à l'individu choisi comme référence), comme étant des facteurs de risque de boire de l'alcool fréquemment, contre 1% des consommateurs occasionnels.

- Chez les filles :



Seules 12% des filles sont qualifiées de buveuses fréquentes (soit plus de 10 fois par mois). Mais, si certains facteurs de risque de l'être sont les mêmes que chez les garçons (sorties festives et beaucoup de buveurs dans l'entourage), chez elles, ce sont plutôt les problèmes psychologiques qui augmentent le risque de consommation fréquente d'alcool (avoir eu envie de se suicider, communication difficile au sein de la famille, problèmes scolaires, etc...)

On retrouve ici l'effet protecteur des parents divorcés ou séparés, l'alcool étant sans doute moins accessible ou l'exemple maternel plus prégnant, les mères étant moins souvent consommatrices que les pères.

Ici encore, le cumul de facteurs de risque multiplie d'autant la probabilité, toutes choses égales par ailleurs, d'être consommateur fréquent : les filles consommatrices fréquentes sont 34% à cumuler au moins quatre de leurs facteurs de risque de boire de l'alcool fréquemment, contre 2% des consommatrices occasionnelles.

1)3)4)3) Attitudes et motivations

Il faut de nouveau différencier les deux sexes, sont classés cinq items remportant le maximum d'adhésion, et les cinq en remportant le moins.

- Attitudes des garçons :

Je suis d'accord avec...		
Les 5 attitudes les + plébiscitées	Il faut profiter de la vie maintenant, tant que l'on peut	90 %
	J'aime rencontrer de nouvelles personnes	87 %
	J'aime faire la fête	85 %
	Ma famille est le plus important pour moi	85 %
	Les lois et les règlements sont importants	77 %
Les 5 attitudes les - plébiscitées	J'aime paraître différent des autres	43 %
	Je suis tenté d'acheter les produits pour lesquels je vois de la publicité	35 %
	J'aime me détendre en lisant un bon livre	34 %
	Je préfère les soirées calmes à la maison plutôt que de sortir	25 %
	La religion a une grande importance pour moi	18 %

En rouge: accord en **HAUSSE** entre consommateurs occasionnels et fréquents

En prune: accord en **BAISSE** entre consommateurs occasionnels et fréquents

Chez les garçons, le fait qu'il faille profiter de la vie dès à présent remporte le plus d'adhésion avec près de 90%, ceux-ci semblent ouverts et apprécier la convivialité et la fête.

La fête est d'autant plus appréciée que les jeunes sont des buveurs fréquents. Mais la famille et les lois et règlements importent également beaucoup, de façons moins importante toute fois pour les buveurs fréquents.

A l'opposé, ils sont peu nombreux à accorder de l'importance à la religion ou aimer passer des soirées calmes à la maison, d'autant moins pour ce dernier item qu'ils sont buveurs fréquents. Ils ne se déclarent pas si influençables qu'on pourrait le penser par la publicité.

Ces résultats permettent de penser que les garçons semblent apprécier la vie, la convivialité et la fête, alors que la religion a peu d'importance. Un garçon aime d'autant plus faire la fête qu'il boit fréquemment de l'alcool et il accorde alors moins d'importance à la famille, aux lois et règlements et aime moins les soirées calmes à la maison.

- Attitudes des filles :

Je suis d'accord avec...		
Les 5 attitudes les + plébiscitées	Il faut profiter de la vie maintenant, tant que l'on peut	89 %
	J'aime faire la fête	88 %
	Ma famille est le plus important pour moi	88 %
	J'aime rencontrer de nouvelles personnes	87 %
	Les lois et les règlements sont importants	84 %
Les 5 attitudes les - plébiscitées	Il est important de ne pas se prendre au sérieux	52 %
	J'aime paraître différent des autres	45 %
	Je suis tenté d'acheter les produits pour lesquels je vois de la publicité	44 %
	Je préfère les soirées calmes à la maison plutôt que de sortir	25 %
	La religion a une grande importance pour moi	23 %

En prune : accord en **BAISSE** entre consommatrices occasionnelles et fréquentes

En rouge : accord en **HAUSSE** entre consommatrices occasionnelles et fréquentes

Les filles présentent des caractéristiques assez semblables, concernant les attitudes les plus plébiscitées, à celles des garçons avec des pourcentages très proches, mais semblent cependant un peu plus respectueuses des lois et règlements (84% versus 77%)

A propos des opinions les moins répandues, les filles sont plus nombreuses à déclarer aimer se détendre en lisant un bon livre avec 56% contre 34% chez les garçons, un résultat peu

surprenant. Une autre différence est à noter ; il semblerait qu'elles soient plus influençables par la publicité que les garçons (44% contre 35%)

1)3)5) Aperçu des consommations des jeunes européens

L'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) menée en 1995 et 1999 dans une trentaine de pays européens auprès de jeunes âgés de 16 ans nous permet d'évaluer l'évolution de la consommation et les disparités entre les pays européens, aux cultures si variées.

1)3)5)1) Evolution globale de la consommation des jeunes européens

Les conduites d'alcoolisation des jeunes européens ont évolué de façon significative ces dernières années. Précocité croissante, multiplication des ivresses, et apparition de nouveaux mode de consommation sont les phénomènes les plus marquants (32).

L'enquête a révélé une grande hétérogénéité au sein même de l'Europe. Les lignes de fracture traditionnelle entre les pays du nord de l'Europe et ceux du sud demeurent, viennent s'ajouter de nouveaux blocs, notamment les pays de l'Est.

Ces différences de mode de consommation s'expliquent notamment par les différences culturelles très prononcées entre ces différentes régions d'Europe.

Cependant il convient de relativiser certains préjugés ; les jeunes français ne se situent pas parmi les premiers consommateurs de boissons alcoolisées en Europe, la consommation des jeunes européens n'augmente pas sans cesse. Contrairement aux idées reçues, les jeunes français se situent dans la moyenne et la consommation est relativement stable voire en diminution dans certains pays (en particulier l'Italie).

Si l'on considère le fait d'avoir déjà expérimenté l'alcool, les pays se ressemblent beaucoup ; la plupart des jeunes européens de 16 ans ont déjà consommé une boisson alcoolisée. En revanche, on note une différence au niveau de la consommation régulière, certains pays se distinguent avec une franche augmentation ou diminution.

L'exemple de l'Italie, avec en 1995, 13% des jeunes de 16 ans qui avouaient avoir consommé plus de 10 fois de l'alcool au cours des 30 derniers jours. Quatre ans plus tard, ils n'étaient que 7%.

A contrario, l'Ukraine, la Pologne, la République Tchèque et l'Irlande font partie des pays qui ont vu leur consommation sensiblement augmenter voire doubler.

D'une manière générale, l'enquête ESPAD montre que l'alcool vient en première position des substances psychotropes expérimentées par les jeunes européens, un constat identique chez

les garçons et les filles. A 16 ans, 89% des européens ont déjà consommé de l'alcool au moins une fois dans la vie.

Le clivage Nord Sud, entre pays latins et pays scandinaves et le Royaume Uni est indéniable. Ces derniers se distinguent à la fois par la fréquence élevée de leur consommation et la recherche répétée d'ivresse.

En 1999, seulement 3% des jeunes grecs déclaraient avoir été ivres 3 fois et plus au cours des 30 derniers jours, contre 30% des jeunes danois.

La véritable « nouveauté » vient de pays de l'Est ; on constate en effet l'émergence de pays tels que la Pologne, la Slovaquie, la République Tchèque, ou encore l'Ukraine qui ont vu leur consommation d'alcool chez les jeunes considérablement augmenter.

Les chiffres sont révélateurs : le pourcentage de jeunes affirmant avoir consommé de l'alcool 10 fois ou plus au cours des 30 derniers jours est passé de 2% à 8% en Lituanie entre 1995 et 1999, de 4% à 8% en Pologne ou encore de 9% à 14% en République Tchèque...

Cependant il ne faut bien entendu pas en tirer des conclusions ou généralisations hâtives car les différences existent au sein même des pays de l'Est. Ainsi, une distinction Nord Sud s'opère à l'intérieur même de cette zone opposant République Tchèque, Hongrie et Roumanie au Sud, à la Pologne, la Lituanie, l'Estonie au Nord dont le niveau de croissance de la consommation est nettement plus élevé.

On distingue parmi les jeunes européens des modèles de consommations différents en terme de fréquence de consommation et d'ivresses répétées, l'une n'étant pas forcément liée aux autres. Pour exemple aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, les jeunes consomment régulièrement des boissons alcoolisées et multiplient les ivresses. En revanche, les Français et les Grecs, tout en ayant une consommation régulière, connaissent peu d'ivresse. Une consommation fréquente n'est pas obligatoirement synonyme d'ivresses répétées. Les différences culturelles entre pays sont, dans ce cas, significatives.

On distingue ainsi quatre familles présentées dans le tableau ci-dessous :

CONSOMMATION FRÉQUENTE	
IVRESSES FAIBLES	IVRESSES RÉPÉTÉES
• Malte • Grèce • Chypre • France	• Danemark • Royaume-Uni • Irlande • Pays-Bas • République tchèque • Lituanie
CONSOMMATION PEU FRÉQUENTE	
IVRESSES FAIBLES	IVRESSES RÉPÉTÉES
• Italie • Portugal	• Suède • Norvège • Finlande • Islande

Cette tendance permet de constater que les pays anglo-saxons se situent toujours dans la fourchette haute aussi bien en terme de fréquence de consommation que d'ivresse.

Les pays du Nord se caractérisent eux par une consommation quotidienne plutôt faible, mais des ivresses fréquentes.

Enfin les pays latins ne semblent pas partager cette culture de l'ivresse ; les chiffres sont relativement bas même dans le cas d'une consommation fréquente.

1)3)5)2) Phénomène d'ivresse

Seuls 10% des jeunes européens déclarent avoir été ivres 3 fois et plus durant les 30 derniers jours. Ce chiffre augmente sensiblement dans les pays du Nord, aussi bien chez les garçons que les filles, atteignant près de 30% au Danemark.

La recherche accentuée d'ivresse place les jeunes à contre courant de la population adulte, qui, dans l'ensemble, consomme régulièrement des boissons alcoolisées, mais de façon modérée. Il est difficile de savoir si les jeunes européens vont évoluer vers le modèle de consommation de leurs aînés ou au contraire rester dans un schéma où l'ivresse est prégnante. On peut toutefois supposer que la recherche d'ivresse est un modèle tendant à s'estomper

avec l'âge qui fait progressivement dans un mode de consommation adulte : une consommation régulière avec peu d'ivresse.

Parallèlement, il faut s'interroger sur la dangerosité de la recherche d'ivresse au regard d'une consommation quotidienne. On peut admettre l'hypothèse que les jeunes qui connaissent de fréquentes ivresses à l'adolescence peuvent devenir des pères et mères de famille tout à fait respectables...

Une consommation chronique de boissons alcoolisées avec tous les risques y afférant est en fait sur le long terme plus inquiétante. Dans cette optique, il est important de considérer non pas les chiffres de consommation des jeunes européens, mais l'évolution de leur consommation lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte.

1)3)5)3) Différence en fonction du sexe

Les différences de mode de consommation entre filles et garçons en Europe obéissent essentiellement à des critères culturels. Ainsi, on observera des différences significatives selon certains pays alors que, pour d'autres, la consommation de boissons alcoolisées sera relativement similaire.

Par exemple, on note en France d'importantes différences entre filles et garçons comme nous avons pu le constater d'après les résultats de l'enquête menée par l'IREB en 2001, alors qu'en Irlande ou au Royaume Unis, les écarts sont minimes. D'après l'enquête ESPAD, 16% des jeunes filles irlandaises ont consommé une boisson alcoolisée 10 fois ou plus durant les 30 derniers jours, leurs homologues masculins sont 18%. Résultats à comparer à ceux des jeunes français, avec respectivement 5% des filles et 12% des garçons (32).

Pour expliquer ces disparités, il faut se reposer sur des critères culturels ; nous avons en France un modèle très sexué de consommation d'alcool que partagent beaucoup de pays d'Europe du Sud (Italie, Portugal...). Les femmes sont ainsi, par le poids des contraintes sociales, relativement protégées d'une consommation excessive. Boire de l'alcool pour une femme est dans la culture des pays latins, très mal perçu, considéré comme vulgaire. Ceci est beaucoup moins vrai au Royaume Uni et dans les pays scandinaves.

En terme d'ivresse, les différenciations entre jeunes filles européennes sont encore plus significatives, beaucoup plus marquées que chez les garçons. Les pays du Nord et pays du Sud forment deux blocs distincts. Les jeunes filles italiennes et françaises se trouvent bien

moins exposées que les adolescentes danoises ou anglaises qui sont 70% en moyenne à avoir été ivres au moins une fois dans leur vie, soit l'équivalent de leurs homologues masculins...

1)3)5)4) Place et situation des adolescents français

Les jeunes français sont plutôt bons élèves et se situent dans la moyenne de leurs camarades européens. Entre 1995 et 2001, la consommation d'alcool des jeunes français a même légèrement diminué.

En terme d'ivresse (et surtout d'ivresse répétées), les jeunes français se positionnent en queue de peloton. D'après l'enquête ESPAD, 52% des jeunes européens âgés de 16 ans déclaraient avoir été ivres au moins une fois durant les 12 derniers mois, contre 36% des jeunes français seulement.

Malgré les a priori, nous ne sommes pas dans une culture de l'ivresse aussi importante que celle de nos voisins européens.

En revanche, les adultes français restent premiers consommateurs de boissons alcoolisées en Europe.

Comment la consommation des adolescents va-t-elle évoluer à l'âge adulte ?

2. LE CANNABIS ET LES JEUNES

2)1) Rapport des adolescents au cannabis

Les adolescents ont rapport avec la recherche de sensations nouvelles qui tend d'abord vers l'expérimentation. C'est le cas pour les substances psychoactives, comme nous avons pu le voir précédemment.

Il s'agit dans un premier temps du tabac et de l'alcool, puis c'est l'expérimentation de substances illicites comme le cannabis. On retrouve d'ailleurs bien souvent une notion d'addiction à l'alcool dans les antécédents de jeunes souffrant d'une consommation excessive et d'une dépendance au cannabis.

Le cannabis a longtemps fait figure de « drogue douce », ce qui a permis une banalisation de son usage et de ses effets. Le débat actuel, politique et social, sur cette substance n'aide certainement pas les adolescents à considérer ce produit comme étant un danger. Il n'y a pas de schéma comme le processus d'alcoolisation des jeunes où la famille prend une place importante (33).

Le recours précoce au cannabis, par son aspect de valeur d'échange entre jeunes, par la convivialité groupale qu'il prétend instaurer, est souvent pour l'adolescent un moyen d'aborder autrement la notion de plaisir physique au moment où les sollicitations sexuelles qu'il ressent dans son corps ne peuvent encore s'exprimer dans les relations avec d'autres.

Ce déplacement réalisé vers un produit euphorisant, puis anxiolytique, voire somnifère, est ressentie comme bénéfique, comme « autothérapeutique » par l'adolescent en souffrance. Il revendique alors sa consommation comme légitime, bonne sans danger, et cela bien naturellement puisqu'elle lui fait du bien, le soulage de ses nouveaux tourments pubertaires. Il aime le cannabis, il a besoin du cannabis et ne comprend pas les mises en garde parentales ou sociales (34).

2)2) Propriétés pharmacologiques

Nous ne nous intéresserons ici qu'au seul THC (delta-9-tétrahydrocannabinol).

L'absorption peut se faire par ingestion ou par inhalation. L'activité dépend fortement de la voie d'administration : elle est nettement plus importante (3 à 4 fois plus) en cas d'inhalation. Cette différence s'explique par une meilleure biodisponibilité du THC inhalé (20%) que par voie orale (6%). Ainsi la dose orale efficace serait de 50 à 200 g/kg tandis que la dose inhalée efficace serait de 25 à 50 g/kg.

En effet par voie intrapulmonaire, l'absorption du THC est très rapide et les effets commencent à se faire sentir en quelques minutes. Les effets maxima sont atteints au bout de 30 à 60 minutes. Par voie orale par contre, à cause du métabolisme du premier passage dans le foie, l'absorption du THC est lente et incomplète et les concentrations sanguines maximales sont généralement atteintes 4 à 6 heures après leur administration orale (35).

2)3) Propriétés physiologiques

2)3)1) Effets physiques

Les effets physiques du cannabis, peu intenses, peuvent associer larmolement, conjonctivite, rougeur conjonctivale, sécheresse de la bouche, hypoglycémie contribuant vraisemblablement à l'augmentation de l'appétit spécialement pour les aliments sucrés, troubles digestifs, céphalées, hypoventilation, tachycardie qui peut atteindre le double du rythme de repos normal, qui est d'ailleurs proportionnel à la dose de cannabis consommé et qui contribue à précipiter des crises d'anxiété et de panique chez certains consommateurs et pourrait favoriser l'apparition de troubles cardiaques chez les sujets vulnérables ou prédisposés, vasoconstriction périphérique, démarche ébrieuse, bronchodilatation et hypotension orthostatique.(36)

2)3)2) Effets centraux

On peut distinguer deux phases :

-Première phase : euphorie et symptômes associés (high).

Elle se manifeste par les réactions suivantes : Sensation de bien-être et de satisfaction, impression de calme et de relaxation, augmentation de la confiance en soi, loquacité, gaieté allant jusqu'à l'hilarité, sociabilité, insouciance, altération de la perception du temps, de l'espace et de l'image de soi et accentuation des perceptions sensorielles (couleurs plus riches et plus lumineuses, musique plus prenante et émotions parfois plus intenses).

- Deuxième phase : se caractérisant par un ralentissement physique et mental apparaissant graduellement quelque temps (en général un heure ou plus) après le début de la consommation (coming down).

On observe notamment : une diminution de la mémoire à court et à moyen terme, une diminution de l'attention de la concentration, un affaiblissement des réflexes, le

ralentissement du temps de réaction, la baisse de la capacité à accomplir des tâches complexes, des troubles de la coordination des mouvements, la baisse de la capacité de conduire une automobile, aggravée par la prise simultanée d'alcool.

Tous ces effets cités sont en fonction de la dose. Ils peuvent s'observer après la consommation de doses relativement faibles, même chez certains utilisateurs invétérés du cannabis.

La majorité des effets du cannabis sur le comportement durent habituellement moins de quatre heures. Toutefois certains effets cognitifs et moteurs peuvent durer de 5 à 12 heures et même plus.

Outre ces effets avec les doses usuelles de cannabis, une plus grande vulnérabilité du sujet ou l'administration de fortes doses de THC peut entraîner les réactions suivantes :

Anxiété qui est ressentie à au moins une occasion chez 50 à 60% des consommateurs, crise de panique, altération du jugement, somnolence, désorientation, confusion, dépersonnalisation, hallucinations, paranoïa, psychose aiguë (rare, surtout chez les personnes prédisposées) vertiges, nausées et vomissements, et convulsions.

2)3)3) Toxicité chronique

La consommation sur une longue période, de quantités excessives de cannabis a des effets néfastes sur la santé des individus et entraîne une toxicité variable sur divers organes.

2)3)3)1) Effets chroniques cognitifs

Les effets cognitifs sont très importants chez les consommateurs chroniques.

Il y a altération de la mémoire avec amnésie antérograde à court et à long terme, par exemple, l'impossibilité de se souvenir d'une liste de mots.

Il y a altération de la mémoire avec amnésie rétrograde avec oubli de choses apprises avant la consommation de cannabis.

On observe aussi une diminution de la capacité attentionnelle et de la concentration et une diminution de la poursuite visuelle et du seuil d'alerte (les réflexes et les problèmes de conduite automobile).

Ces effets sont dose-dépendants et peuvent persister jusqu'à 6 semaines après le sevrage.

2)3)3)2) Effets chroniques psychiques

- le syndrome amotivationnel

Bien qu'il soit controversé, l'usage abusif prolongé du cannabis conduit parfois à un syndrome d'amotivation caractérisé par une apathie, une passivité, un manque d'intérêt et d'ambition, une pauvreté idéatoire avec des pensées floues imprécises, une indifférence affective avec diminution voire suppression de toute vie relationnelle, un arrêt de tout sport et de tout hobby, une fatigabilité, un manque d'initiative et un piètre rendement dans les études et au travail.

L'ensemble de ces symptômes entraîne une marginalisation et une non-insertion sociale.

Lors du sevrage tous ces symptômes régressent spontanément sans traitement particulier, ce qui différencie ce symptôme d'une schizophrénie débutante. (36)

- les flash-back

Pour des raisons inconnues, certains symptômes de l'intoxication aiguë peuvent réapparaître spontanément chez quelques consommateurs plusieurs jours ou plusieurs semaines après l'arrêt de la prise de cannabis : c'est le phénomène des flash-backs, observés également avec les hallucinogènes, tels le LSD. (13)

Selon un mécanisme encore inexpliqué, intervient une mobilisation soudaine du THC stocké dans les graisses de l'organisme, provoquant un pic de concentration plasmatique et des états de prostration ou de délire. (37)

- Cannabis et schizophrénie

Le cannabis peut-il déclencher la schizophrénie ? C'est le grand débat actuel chez les psychiatres et les neurobiologistes avec la découverte des récepteurs cannabinoïdes et des gènes codant (il existe une augmentation importante de ces récepteurs dans le cortex préfrontal des schizophrènes non fumeurs décédés).

Deux fois sur trois, l'abus ou la dépendance au cannabis a débuté avant l'apparition de troubles psychotiques.

Trois études longitudinales établissent que le cannabis n'est pas qu'un catalyseur de schizophrénie mais probablement un facteur de risque à part entière. Ainsi une étude qui a concerné 759 sujets en Nouvelle Zélande suivis pendant 11 ans a montré que 10% des fumeurs sont devenus schizophrènes alors que seulement 3% des non fumeurs étaient devenus schizophrènes.

Une 2^{ème} étude en Hollande qui a concerné 4045 sujets suivis 3 ans a confirmé une augmentation importante des signes psychotiques chez les fumeurs.

La 3^{ème} étude a été faite en Suède où 45000 jeunes conscrits ont été suivis en Suède depuis 1969, la conclusion de cette étude en 2002 a été que 13% des cas de schizophrénie pourraient être évités en l'absence de consommation de cannabis. (36)

2)3)3)3) Autres effets chroniques

- effets sur le système respiratoire : ils sont liés à l'inhalation, on retrouve les mêmes concentrations de substances cancérigènes dans les fumées provenant de joints ou de cigarettes. Il y a également des troubles asthmatiques observés chez les gros consommateurs de cannabis.

- effets cardiovasculaires : certains chercheurs font état d'artériopathie présentes chez des consommateurs réguliers de cannabis âgés de 18 à 40 ans.

- effets sur le système endocrinien : on peut observer chez l'homme une baisse de la testostérone, une diminution du nombre de spermatozoïdes et des anomalies de forme et la composition de ces derniers. Chez la femme, des interruptions de l'ovulation et des périodes imprévisibles de stérilité en raison de la réduction de la libération de l'hormone lutéinisante. (13)

- effets sur le système immunitaire : des études sur des cellules in vivo démontrent qu'à des doses largement supérieures à celles utilisées à des fins récréatives, les cannabinoïdes perturbent le système immunitaire.

2)3)4) Dépendance et sevrage

L'usage excessif de cannabis peut provoquer une légère dépendance physique, mais très différente de celle engendrée, par exemple par les opioïdes. En effet, même dans le cas d'utilisation fréquente de hautes doses, aucun syndrome comparable à celui produit par le sevrage à l'héroïne ou à l'alcool, n'est observé.

Les effets de sevrage au THC rapportés dans une étude récente sont des signes de nervosité, de troubles légers du sommeil et une diminution d'appétit qui disparaissent rapidement. (35)

La consommation fréquente de doses élevées de cannabis entraîne une dépendance psychologique modérée se traduisant notamment par un besoin de consommer. Le cannabis ne semble pas entraîner une euphorie et une gratification suffisante pour induire une dépendance chez la majorité des consommateurs, néanmoins une faible minorité d'utilisateurs éprouvent des problèmes significatifs au moment de l'arrêt de cannabis.

Le traitement de la dépendance au cannabis repose sur l'éducation du patient à l'abstinence ou à la modération et le soutien psychologique.

Dans certains cas, un anxiolytique peut s'avérer utile pour soulager les symptômes de sevrage.

(13)

2)4) Cannabis et sécurité routière

Les tests de laboratoire ont permis d'étudier les réponses des conducteurs à une grande variété de tâches supposées requises dans l'activité normale de conduite. Différents aspects de la performance du conducteur ont été ainsi explorés : coordination motrice, temps de réaction, activité de poursuite, attention.

Il apparaît clairement que bon nombre de ces fonctions perceptives utiles à la conduite se dégradent sous l'effet du cannabis.

L'ensemble des résultats montre une nette détérioration de certaines facultés sous l'influence du cannabis : capacité de contrôle d'une trajectoire amoindrie, temps de décision allongés, mécanismes d'attention en déficit, réponses détériorées ou inappropriées en situation d'urgence.

Toutefois, les conducteurs conscients d'une baisse de leurs capacités modifieraient leurs comportements en conséquence par une moindre prise de risque : ils allongeraient les interdistances sur autoroute, seraient moins enclins à dépasser, et rouleraient à des vitesses moindres. Les effets défavorables du cannabis sur la conduite peuvent ainsi paraître relativement restreints en situation normale, mais il est des situations où l'influence de la consommation de cannabis peut être très dangereuse : les situations d'urgence, la conduite prolongée monotone, et le cannabis mélangé à d'autres drogues, particulièrement l'alcool.

Les chiffres de prévalence issus d'enquêtes différentes sont à interpréter au regard des choix méthodologiques. Les études menées en France reflètent la diversité des pratiques et, rendant la difficile comparabilité des résultats. Au sein des échantillons de conducteurs impliqués dans les accidents en Europe, les proportions estimées de positifs au cannabis, varient entre 5% et 16%. Ces résultats sont variables parmi les pays de Union Européenne, avec des chiffres allant de 4 à 6% en Belgique, 10 à 12% en Angleterre, et 6 à 14% en France.

Assez généralement une proportion substantielle de conducteurs positifs au cannabis le sont aussi à l'alcool (près de 50% dans les études menées en France). L'alcool apparaît ainsi comme un facteur de confusion important dans l'évaluation du risque associé au cannabis.

En France, la prévalence du cannabis lors des accidents est supérieure à celle de nos voisins européens et nous situent plutôt au niveau des pays nord-américains. (38)

Deux méthodes de dépistages sont à distinguer : celles utilisées dans un but d'orientation et celles de confirmation et de dosage.

- le dosage urinaire : consiste à détecter rapidement la présence d'un ou plusieurs produits appartenant aux 4 familles ; cannabis, amphétamines, cocaïne et opiacés.
- La dosage sanguin : lorsque le dosage urinaire est positif, permet un dosage quantitatif et estime le temps écoulé entre le moment de la dernière consommation de cannabis et la prise de sang.

2)5) Données épidémiologiques

2)5)1) Expérimentation

En 2003, à 17 et 18 ans, 49,7% des filles et 56,2% des garçons déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie (31). Contrairement à celle de l'alcool et de la cigarette, déjà largement répandue à la fin de l'adolescence, et de façon plus importante que pour les médicaments psychotropes, l'expérimentation de cannabis est liée à l'âge : de 17 à 18 ans la proportion d'expérimentateurs augmente de 5% chez les filles et 6% chez les garçons. Les usages au cours des 12 derniers mois ou des 30 derniers jours s'avèrent cependant d'un niveau similaire à 17 et 18 ans.

La différence sexuelle est assez marquée aussi bien pour l'usage au cours de la vie que pour des usages plus récents ; toutefois, mêmes supérieurs à ceux observés pour le tabac, les écarts entre les sexes sont inférieurs à ceux mesurés pour l'alcool, les ivresses ou même les médicaments psychotropes. Ainsi le sex-ratio vaut 1,1 pour l'expérimentation, 1,2 pour l'usage au cours des 12 derniers mois, 1,4 pour les 30 derniers jours.

2)5)2) Usages réguliers et quotidiens

L'écart entre les deux sexes se creuse pour les fréquences d'usages plus élevés sans toutefois atteindre ceux de l'alcool. Il y a à 17-18 ans 2,4 fois plus de garçons que de filles qui sont usagers réguliers (17,9% vs 7,6%) et 2,7 fois plus qui sont usagers quotidiens (7,9% vs 2,9%). Pour les deux sexes, les usages réguliers et quotidiens se font plus fréquents avec l'âge ; de 17 à 18 ans, la proportion d'usages réguliers est multipliée par 2 pour les garçons, 1,3 pour les filles. La proportion d'usage quotidien l'est par 1,8 pour les garçons et 1,5 pour les filles.

Les usagers réguliers de cannabis sont un peu moins souvent scolarisés et lorsqu'ils le sont se trouvent d'avantage en filière professionnelle. Ils sont aussi plus nombreux à avoir redoublé ; leur situation scolaire semble donc dans l'ensemble moins bonne que celle des autres.

Un résultats un peu plus surprenant a montré que leur milieu social semble plutôt favorisé que celui d'autres : parmi les garçons, la proportion de parents tous deux cadres est plus élevée

parmi les usagers réguliers que les autres et la proportion de famille dont un parent est ouvrier l'autre inactif est plus faible.

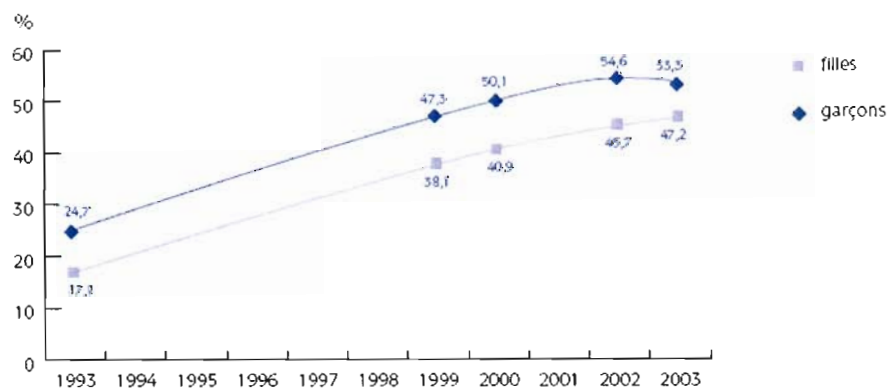
2)5)3) Evolution

- Expérimentation : mesuré pour la génération des 17 ans, le niveau d'expérimentation a doublé entre 1993 et 1999. Cette évolution s'étant inversé à partir de 2002 parmi les garçons. L'augmentation annuelle moyenne entre 1993 et 2002 était d'environ 3,2% pour les filles et 3,3% pour les garçons. (39)

La baisse observée entre 2002 et 2003 apparaît du même ordre pour les garçons (baisse de 3,2% pour les garçons de 18 ans).

Il est probable que la croissance observée au cours des années 90 se soit achevée en 2002, vu les niveaux atteints qui situent la France en tête des pays européens. (31)

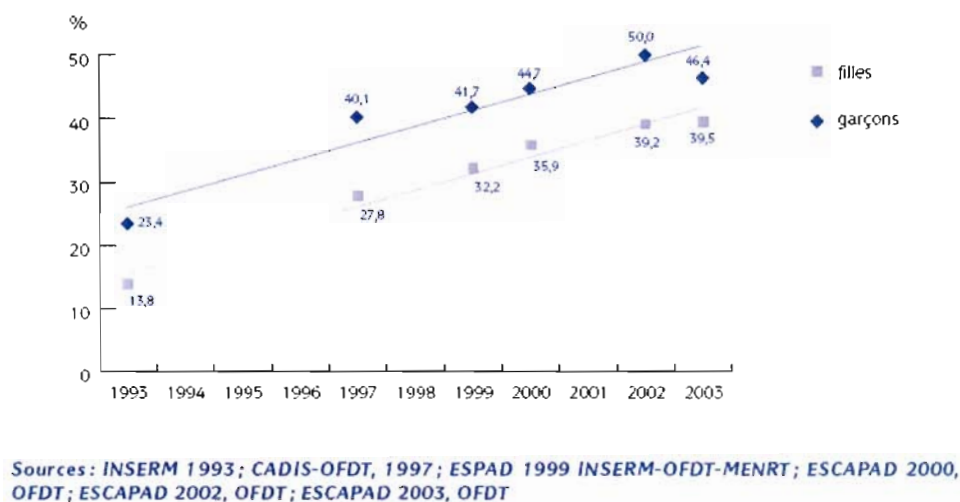
Fig. Evolution de l'usage de cannabis au cours de la vie par sexe, à 17 ans depuis 1993



Sources: INSERM 1993; ESPAD 1999 INSERM-OFDT-MENRT; ESCAPAD 2000, OFDT; ESCAPAD 2002, OFDT; ESCAPAD 2003, OFDT

- usages occasionnels (au moins une fois dans l'année): la proportion d'usagers occasionnels de cannabis avait connu une hausse du même ordre que l'expérimentation au cours de la période 1993-2002, montre une stabilisation chez les filles de 17 ans autour de 40% et une nette diminution chez les garçons du même âge.

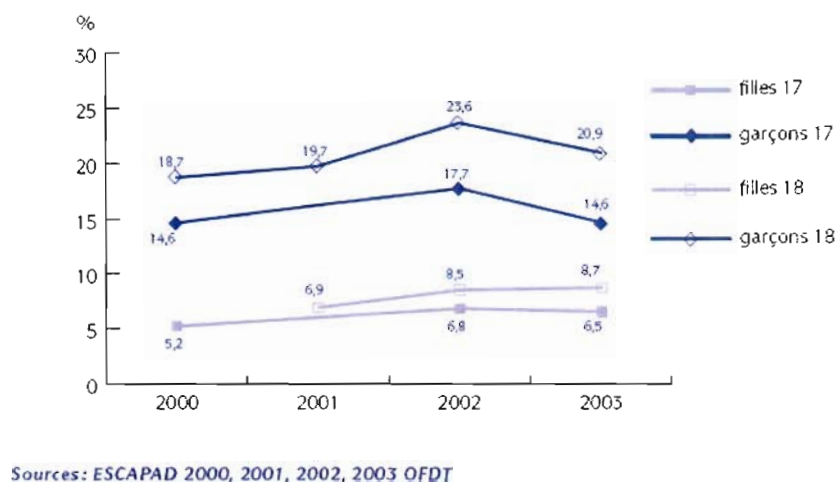
Fig. Evolution de la consommation de cannabis au cours de l'année par sexe, depuis 1993



- usages réguliers (au moins dix fois au cours des 30 derniers jours): on retrouve cette tendance de diminution récente assez forte parmi les garçons et une stabilisation parmi les filles. Il y a 14,6% de garçons de 17 ans qui déclarent avoir consommé au moins 10 fois du cannabis au cours des 30 derniers jours pour 6,5% des filles.

Pour information, chez les 17-18ans, il y a 5,6% de consommateurs quotidiens en France, la Lorraine se démarquant légèrement en étant la 17^{ème} région, avec un pourcentage de 4,2.

Fig. Evolution de l'usage régulier de cannabis par sexe, à 17 et 18 ans depuis 2000



2)5)4) Situation de la France à l'échelle Européenne

D'après l'ESPAD, enquête transversale menée en milieu scolaire dans 35 pays européens chez les élèves de 15 à 16 ans, la Suisse, la Tchéquie, la Grande Bretagne et la France sont en tête du classement international pour la consommation de cannabis chez les adolescents. (40)
Les pays en queue de peloton étaient le Portugal, la Grèce, la Roumanie, et la Finlande.

3. AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

3)1) Médicaments psychoactifs

Les médicaments psychoactifs constituent une classe de produits à part : contrairement aux autres substances, ils peuvent faire l'objet d'une prescription médicale.

La prise médicamenteuse est demandée par un médecin dans un peu plus de la moitié des cas, par les parents dans un peu plus d'un quart des cas, mais a été demandée par l'adolescent lui-même dans un cas sur 7.

Ces prises médicamenteuses sont déclarées par les adolescents comme étant dues à des souffrances psychologiques.

A 17-18 ans, l'expérimentation de médicaments psychotropes se révèle une pratique plus féminine ; elle concerne une fille sur trois, et un garçon sur six.

D'après les résultats de l'enquête ESCAPAD de 2003, près de 5% des filles sont ainsi consommatrices régulières (soit au moins 10 fois durant les 30 derniers jours) contre 1,3% des garçons, et 2,9% déclarent en prendre quotidiennement contre 0,7% des garçons (31).

Du point de vue scolaire, au contraire de ce qui est vu pour l'alcool et le cannabis, les usagers de médicaments psychotropes semblent être moins souvent inscrits en filière professionnelle et ne sont pas plus nombreux à avoir redoublé, ce qui est un signe relatif de réussite scolaire.

A l'instar de ce qui a été vu pour ces autres produits psychotropes, les parents de ces jeunes semblent un peu plus souvent séparés ou divorcés, mais la différence est faible.

L'origine sociale de ces jeunes ne semble pas différente de celle des autres.

Les motifs de prise évoqués le plus souvent sont le stress (en particulier chez les filles), les difficultés d'endormissement (prépondérance masculine), et la volonté de se soigner. La volonté de se stimuler ou de faire la fête sont des motifs plus rares, mais plus fréquemment évoqués chez les garçons.

Est souvent évoqué la volonté de lutter contre le traumatisme consécutif à la perte d'un proche, à une tentative de suicide ou une dépression.

Ces résultats montrent que la prise de médicament psychotropes est plus souvent liée à une souffrance psychologique.

Evolution entre 2000 et 2003

Entre 2000 et 2003, le niveau d'expérimentation a nettement augmenté parmi les adolescents de 17 ans : 19,8% contre 24,7% en 2003 ($p < 0,001$). Il en est de même pour celui de l'usage de médicaments psychotropes au cours de l'année ou encore du mois. Cette augmentation se retrouve parmi les garçons comme parmi les filles.

D'après l'OFDT, on observe une augmentation identique de l'expérimentation chez les adolescents entre 1993 et 1999.

3)2) Substances psychoactives illicites autres que le cannabis

Les substances illicites (ou détournées de leur usage) autres que le cannabis les plus souvent expérimentées à 17-18 ans sont dans l'ordre : les produits à inhaler tels que les colles et les solvants (4,7%), l'ecstasy (4,2%), le poppers (4,5%) et les champignons hallucinogènes (4,3%), les amphétamines (2,7%), et la cocaïne (2,3%).

Les niveaux d'expérimentation déclarés par les filles sont assez faibles (toujours inférieurs à 5%), culminant pour les produits à inhaler et le poppers.

Ceux observés pour les garçons sont toujours plus élevés, mais restent relativement bas (inférieurs à 6%), le maximum étant observé pour les champignons hallucinogènes.

La différence relative observée entre les sexes pour le cannabis s'avère en fait inférieure à celle mesurée pour les autres produits illicites.

Cas du SUBUTEX :

Le fait que son niveau d'expérimentation soit assez proche de celui de l'héroïne illustre peut-être l'accessibilité à ce produit par l'intermédiaire de réseaux de trafic et l'existence d'usages non substitutifs dès la fin de l'adolescence. En effet, seuls 58% des expérimentateurs déclarés de SUBUTEX disent avoir expérimenté l'héroïne et inversement, seuls 42% des expérimentateurs d'héroïne disent avoir déjà pris du SUBUTEX.

Evolution entre 2000 et 2003 :

Un léger développement de l'expérimentation d'autres substances psychoactives illicites est mis en évidence chez les jeunes de 17 ans entre 2000 et 2003 (31).

Parmi ces substances, 3 groupes peuvent schématiquement être isolées : le groupe des 4 produits les plus consommés, qui sont « spécifiques » des jeunes (produits à inhaler, champignons hallucinogènes, poppers, ecstasy), le groupe des produits de consommation plus tardive avec les amphétamines et la cocaïne, et le troisième groupe qui contient des produits de consommation plus rare ; LSD, héroïne et crack.

Pour l'ecstasy, cette légère hausse entre 2000 et 2003 confirme des données ethnographiques qui illustrent une probable diffusion du produit hors des cadres festifs.

La hiérarchie des produits est à peu près la même qu'en 2000, mais certains sont en légère augmentation. C'est le cas pour les deux sexes de l'ecstasy, des amphétamines et de la cocaïne. Les écarts sont faibles mais néanmoins significatifs.

Le poppers ne voit son niveau d'expérimentation augmenter significativement que pour les filles (+1%, $p < 0,001$), tandis que le LSD est le seul produit qui apparaît en légère baisse.

L'héroïne et le crack restent au niveau d'expérimentation très bas qu'ils connaissaient en 2000.

	produits à inhaler	ecstasy	cham-pignons	poppers	amphé-tamines	cocaïne	LSD	héroïne	crack
filles 2000	3,3 %	1,4 %	1,6 %	1,3 %	0,6 %	0,6 %	0,8 %	0,4 %	0,2 %
filles 2003	4,0 %	2,4 %**	2,0 %	2,4 %***	1,1 %*	1,1 %*	0,6 %	0,7 %	0,5 %
garçons 2000	4,9 %	2,8 %	4,5 %	3,4 %	1,4 %	1,3 %	1,6 %	0,9 %	0,9 %
garçons 2003	4,7 %	4,1 %***	4,9 %	4,1 %	2,4 %***	2,0 %	1,1 %*	1,0 %	0,6 %
total 2000	4,1 %	2,1 %	3,1 %	2,4 %	1,0 %	1,0 %	1,2 %	0,7 %	0,6 %
total 2003	4,4 %	3,3 %***	3,5 %	3,3 %***	1,8 %***	1,6 %***	0,9 %	0,8 %	0,6 %

Lecture : *, **, *** : évolution 2000/2003 significative au seuil 0.05, 0.01, 0.001 ; les pourcentages sans astérisque décrivent des évolutions non significatives au seuil 0.05. Les pourcentages en gras indiquent le niveau le plus élevés dans les évolutions 2000-2003 significatives.

Les récents résultats de l'enquête ESCAPAD 2005 publiés en septembre 2006, ont montré une augmentation significative entre 2003 et 2005 des expérimentations de poppers, cocaïne pour les deux sexes, et chez les filles, celle des amphétamines (31b). En revanche, le niveau d'expérimentation d'ecstasy montrait une tendance à la stabilisation comme nous pouvons le voir sur le tableau ci-dessous.

Évolution 2003-2005 du niveau d'usage au cours de la vie de substances psychoactives par sexe, à 17 ans (% en ligne)

	filles 2003	filles 2005	garçons 2003	garçons 2005	total 2003	total 2005
alcool	94,2	91,2***	95,0	93,4***	94,6	92,3***
tabac	79,0	73,5***	75,0	71,0***	77,0	72,2***
ivresse	47,6	49,5 *	62,2	63,4	55,0	56,6**
cannabis	47,2	45,6 *	53,3	53,2	50,3	49,5
médicaments psychotropes	35,5	28,8***	14,3	11,3***	24,7	19,9***
produits à inhaler	4,0	3,2 **	4,7	3,9 *	4,4	3,5***
champignons hallucinogènes	2,0	2,1	4,9	5,2	3,5	3,7
poppers	2,4	4,8***	4,1	6,2***	3,3	5,5***
ecstasy	2,4	2,8	4,1	4,2	3,2	3,5
amphétamines	1,1	1,8***	2,4	2,6	1,8	2,2**
cocaïne	1,1	2,0***	2,0	3,0***	1,6	2,5***
LSD	0,6	0,9	1,1	1,3	0,9	1,1
héroïne	0,7	0,6	1,0	0,8	0,8	0,7
crack	0,5	0,6	0,6	0,8	0,6	0,7
Subutex®	0,4	0,3	0,9	0,7	0,6	0,5
kétamine	0,2	0,3	0,5	0,6	0,3	0,4
GHB	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3

Lecture : *, **, *** : test du chi-2 significatif respectivement au seuil 0,05, 0,01, 0,001 pour l'évolution 2003-2005.

Source : ESCAPAD 2005, OFDT

IV. OBSERVATIONS CLINIQUES

1. PRESENTATION

Il s'agit de cas cliniques de patient hospitalisés dans le service de pédiatrie de l'hôpital Bel Air de Thionville durant la période du 1/05/2005 au 31/01/2006 dans le cadre d'une intoxication éthylique aigue.

Ces cas sont extrêmement variables, s'agissant parfois d'une première intoxication alcoolique pour certains, ou de cas récidivant.

Certains de ces cas cliniques présentaient une polyintoxication (médicamenteuse), et d'autres annonçaient une consommation occasionnelle de cannabis.

Tous ont de principe bénéficié d'une consultation auprès d'un psychologue, une partie a été parfois aiguillée vers un psychiatre, les raisons de cette consommation excessive d'alcool n'étant pas toujours festive...

OBSERVATION N°1

Patient Laurent B. né le 12/01/1991

-Hospitalisé du 6/05/2005 au 7/05/2005

-Alcoolémie mesurée à 3g/l

-Histoire : Consommation avec des amis ; avait bu les trois quarts d'une bouteille de whisky « pour s'amuser » durant l'après-midi.

-Contexte : Il s'agissait de la deuxième hospitalisation pour cette raison (en février 2005), l'importance de ce degré d'alcoolémie (le plus important parmi tous ces patients) et surtout la tolérance clinique avec un Glasgow à 15, ne laissait peu de doute concernant une consommation fréquente d'alcool.

Les parents de cet enfant étaient divorcés, Laurent présentait un absentéisme important et de nombreux soucis comportementaux au collège où il était inscrit (informations prises dans le carnet de correspondance de l'adolescent)

Les analyses toxicologiques n'ont pas mis en évidence de consommation de stupéfiants ou de médicaments, cependant, cet adolescent avouait une consommation occasionnelle de cannabis.

Compte tenu de tous ces critères, un suivi au Centre Médico Psychiatrique a été préconisé, en accord avec la famille. Malheureusement le jeune homme ne s'est pas présenté par la suite aux entretiens.

OBSERVATION N°2

Patient Prescillia M. née le 04/01/2005

-Hospitalisée le 20/05/2005 fugue durant la soirée.

-Alcoolémie mesurée à 1g53

-Histoire : Consommation en début d'après-midi d'une bouteille de champagne avant d'aller au collège. La jeune fille a été amenée aux urgences suite à un malaise avec vomissements alors qu'elle se trouvait en cours.

-Contexte : Les parents étaient divorcés depuis 2002, le père s'est suicidé par pendaison en 2004.

L'adolescente présentait une conduite d'échec et d'opposition, avec un retard et un désintérêt scolaire marqué.

La mère de Prescillia était suivie par le service de psychiatrie de Thionville avec de nombreuses hospitalisations itératives, l'adolescente vivait chez sa grand-mère.

La patiente avait été vue en consultation par un psychologue, permettant d'obtenir ces informations. Durant la nuit, celle-ci a réussi à fuguer et se rendre par ses propres moyens chez sa grand-mère qui habitait à plus de 5km.

Les toxiques urinaires et sanguins étaient négatifs.

La prise en charge ultérieure a été psychiatrique par le CMP.

OBSERVATION N°3

Patient Claude P. né le 09/10/1990

-Hospitalisé du 10/06/2005 au 11/06/2005

-Alcoolémie mesurée à 1g75

-Histoire : Consommations avec une amie durant l'après midi, avait consommé de la vodka. Il s'agissait d'un premier épisode de ce type.

-Contexte : Les parents étaient mariés, Claude n'avait aucun retard scolaire et était très bon élève.

Les toxiques urinaires et sanguins étaient négatifs, nous notions cependant une consommation occasionnelle de cannabis.

Il n'y a pas eu de suivi particulier.

OBSERVATION N°4

Patient Vincent D. né le 19/11/1989

-Hospitalisé le 12/06/2005 à 1h00

-Alcoolémie mesurée à 1g57

-Histoire : Consommation de vodka et de whisky coca avec des amis pour fêter l'obtention de son diplôme de fin d'étude de mécanique.

A été amené aux urgences suite à une chute de scooter, alors qu'il rentrait en état d'ébriété à son domicile.

Il n'y avait que de simples dermabrasions, le patient est resté en observation durant la nuit.

-Contexte : Les parents de l'adolescent étaient mariés, il n'y avait pas de notion de comportement à risque, de conduite d'échec ou d'opposition.

Les toxiques urinaires et sanguins étaient négatifs, il s'agissait du premier incident de ce type.

Il n'y a pas eu de suivi particulier.

OBSERVATION N°5

Patient Madeline B. née le 14/06/1990

-Hospitalisée le 19/06/2005

-Alcoolémie mesurée à 1g30

-Histoire : Consommation avec une amie lors d'une fête de village, elles avaient consommé toutes deux de la vodka.

-Contexte : Madeline ne présentait pas de retard scolaire, était de niveau moyen d'après la famille, il s'agissait du premier incident de ce type. Les parents étaient mariés. Les toxiques urinaires et sanguins étaient négatifs.

Il n'y a pas eu de suivi particulier.

OBSERVATION N°6

Patient Pierre B. né le 01/07/1990

-Hospitalisé du 26/07/2005 au 27/07/2005

-Alcoolémie à 1g68

-Histoire : Consommation de vodka avec des amis en fin d'après midi dans un parc, avait été amené par les pompiers aux urgences suite à un malaise et une ivresse publique manifeste.

Le Glasgow était à 11 à son admission.

-Contexte : L'interrogatoire et l'entretien avec son père qui l'élève (parents divorcés) ne retrouvaient pas de conduite d'échec ou d'opposition. Pierre était bon élève à l'école, il s'agissait du premier incident de ce type.

Toxiques urinaires et sanguins étaient négatifs.

Il n'y a pas eu de suivi particulier.

OBSERVATION N°7

Patiente Elodie D. née le 18/07/1990

-Hospitalisée du 27/09/2005 au 28/09/2005

-Alcoolémie à 1g97

-Histoire : Consommation de whisky coca avec ses amis et son petit ami durant l'après midi.

-Contexte : Cette consommation faisait suite à une dispute avec sa mère. Les parents sont mariés, mais Elodie était apparemment en conflit avec ses parents. Il existait déjà un suivi auprès d'une assistante sociale.

Il s'agissait du premier incident de ce type, toxiques sanguins et urinaires étaient négatifs.

Etait préconisé à la sortie de l'adolescente un suivi individuel et familial auprès d'un psychologue.

OBSERVATION N°8

Patient Yoan J. né le 09/10/1988

-Hospitalisé du 23/10/2005 au 24/10/2005

-Alcoolémie à 2g15

-Histoire : Avait consommé des alcools forts avec ses amis, avait été victime par la suite d'une chute de scooter ayant nécessité un transfert au service d'accueil des urgences.

Le bilan radiologique était sans particularité, Yoan était hospitalisé pour surveillance post traumatique.

-Contexte : Il s'agissait du premier incident de ce type, l'adolescent ne présentait pas de conduite à risque auparavant. Les parents étaient mariés.

Toxiques urinaires et sanguins étaient négatifs.

Il n'y a pas eu de suivi particulier.

OBSERVATION N°9

Patient Simon P. né le 28/03/1989

-Hospitalisé du 23/10/2005 au 24/10/2005

-Alcoolémie à 2g21

-Histoire : Consommation de vodka avec un ami qui l'aurait entraîné. Avait été admis au service d'accueil des urgences de Thionville suite à un malaise.

Il présentait un état d'agitation sans agressivité. Le Glasgow était à 15.

-Contexte : Les parents étaient mariés, il s'agissait du premier incident de ce type. Il n'y avait pas de comportement à risque, Simon était bon élève à l'école.

Toxiques sanguins et urinaires étaient négatifs.

Il n'y a pas eu de suivi particulier

OBSERVATION N°10

Patiente Jennifer B. née le 03/05/1991

-Hospitalisée du 5/11/2005 au 7/11/2005

-Alcoolémie mesurée à 1g35

-Histoire : Consommation de bières avec des amis le soir, avait fait une chute avec traumatisme crânien sans perte de connaissance. Hospitalisée pour surveillance dans le service de pédiatrie.

-Contexte : Les parents étaient mariés, mais il existait depuis près d'un mois des problèmes relationnels avec conflit familial et agressivité de Jennifer envers ses parents. Il n'y avait pas de situation d'échec scolaire et cet incident était pour la jeune fille sa première expérience éthylique.

Toxiques sanguins et urinaires étaient négatifs.

Un suivi psychologique individuel et familial a été débuté suite à cet incident.

OBSERVATION N°11

Patiente Caroline G. née le 03/03/1990

-Hospitalisée du 16/11/2005 au 18/11/2005

-Alcoolémie mesurée à 1g50

-Histoire : Consommation de champagne après les cours avec des amis de classe.

-Contexte : Parents mariés, adolescente en échec scolaire, venant de rentrer en lycée professionnel. Il s'agissait du deuxième épisode de ce type, le premier étant ignoré des parents. Caroline présentait un syndrome dépressif sous jacent, et était suivie par un psychiatre de Thionville. Elle n'avait pas de traitement particulier.

Toxiques sanguins et urinaires étaient négatifs.

Le suivi psychiatrique a été renforcé.

OBSERVATION N°12

Patient Thomas R. né le 05/09/1989

-Hospitalisé du 19/11/2005 au 20/11/2005

-Alcoolémie à 1g71

-Histoire : Consommation de Smirnoff Ice (soda alcoolisé à base de vodka type premix) avec des amis à l'occasion d'une soirée.

-Contexte : Adolescent ne présentant pas de problème scolaire ou familial apparent. Parents mariés, premier incident de ce type.

Toxiques sanguins et urinaires négatifs.

Il n'y a pas eu de suivi particulier.

OBSERVATION N°13

Amandine S. née le 22/07/1990

-Hospitalisée du 25/01/2006 au 30/01/2006

-Alcoolémie à 1g88

-Histoire : Consommation de vodka chez son copain, avec ingestion d'un flacon de VAGOSTABYL. Hospitalisation dans le service de pédiatrie pour intoxication médicamenteuse volontaire.

-Contexte : Il s'agit d'une adolescente ayant de bons résultats scolaires, dont les parents étaient mariés, d'un niveau social favorisé avec un père PDG souvent absent.

L'entretien psychiatrique a permis de mettre en évidence une alcoolisation chronique ; Amandine consommait, de façon quasi quotidienne, seule, les soirs, des alcools forts qu'elle dissimulait dans sa chambre. La biologie retrouvait une discrète augmentation des ASAT à 45 (valeur normale inférieure à 38), avec des ALAT proches de la limite supérieure. Les Gamma GT étaient normales.

Il ne s'agissait pas de la première tentative d'autolyse de l'adolescente ; elle avouait avoir à plusieurs reprises mêlé médicaments et alcool. L'examen clinique retrouvait également des marques de phlébotomies au niveau de l'avant bras gauche (faites avec une lime à ongle).

Amandine présentait des idées noires depuis 2 ans, et souffrait d'insomnies en rapport avec une sensation de pression familiale.

Cette adolescente a été transférée au CMP de Laxou, son hospitalisation a duré 15 jours. Amandine ne semblait pas présenter de troubles dépressifs majeurs, les entretiens mettaient en évidence une personnalité encore peu mature malgré l'image qu'elle avait toujours donné. Le décalage entre ses ressentis et le paraître avait pu à terme la déstabiliser au point de créer des failles narcissiques importantes et angoissantes. La jeune fille est sortie du service avec un traitement par XANAX 0,25mg et a bénéficié d'un suivi ambulatoire par la suite.

2. COMMENTAIRES

Cas clinique	Alcoolémie	Expérimentation de cannabis	Sexe	Type d'alcool consommé	Famille monoparentale	Contexte	Scolarité	Age
1	3.13	oui	M	whisky	Oui, divorce	amis	Absentéisme Echec scolaire	14 ans
2	1.53	non	F	champagne	Oui, père décédé	seule	Difficultés scolaires	14 ans
3	1.75	oui	M	vodka	non	une amie	Bon élève	14 ans
4	1.57	non	M	Vodka/whisky	non	amis	Elève moyen	15 ans
5	1.30	non	F	vodka	non	une amie	Elève moyen	15 ans
6	1.68	non	M	vodka	Oui, divorce	amis	Bon élève	15 ans
7	1.97	non	F	whisky	non	amis	Difficultés scolaires	15 ans
8	2.15	non	M	alcools forts	non	amis	Elève moyen	17 ans
9	2.21	non	M	vodka	non	un ami	Bon élève	16 ans
10	1.35	non	F	bières	non	amis	Elève moyen	14 ans
11	1.50	non	F	champagne	non	amis	Echec scolaire	15 ans
12	1.71	non	M	premix	non	amis	Elève moyen	16 ans
13	1.88	non	F	vodka	non	un ami	Bon élève	15 ans
Moyenne	1.83g/L	15% de consommateurs	46% Filles		23,1 %		30% de scolarité difficile	15,3 ans

Parmi cette cohorte d'adolescents, nous retrouvons 46 % de filles et 54 % de garçons.

L'âge moyen constaté est de 15 ans et 4 mois, fluctuant entre 14 ans 3 mois et 17 ans.

Ce tableau récapitulatif montre une moyenne des alcoolémies constatées à 1,83 g/L, allant de 1.30 g/L à 3,13 g/L.

A noter que l'alcoolémie « record » à 3,13 g/L a été mesurée chez le cas clinique 1 qui était le plus jeune de tous les patients.

Dans une grande majorité de cas, les alcools consommés étaient du whisky ou de la vodka, représentant à eux seuls près de 62 % des ivresses. Deux des cas cliniques, soit 15,4 %, avaient opté pour du champagne...

Une grande majorité de ces alcoolisations aiguës (61,5 %) avaient eu lieu lors d'occasion festive avec plusieurs amis, un patient s'était alcoolisé seul et aucun en famille.

Parmi ces adolescents, seuls deux (15,4%) avouaient avoir expérimenté et consommé occasionnellement du cannabis.

Concernant le contexte familial entourant ces jeunes patients nous retrouvons 23,1 % de familles monoparentales, en réalité 15,4 % des jeunes avaient des parents divorcés et 7,7 % (soit un seul des cas cliniques), un parent décédé.

Pour information, d'après l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) et l'INSEE, en 1994, il y avait en France, 2 012 000 enfants séparés d'au moins un de leur parents, soit un mineur sur cinq. Parmi ces derniers, 12% avaient un parent décédé et 50% des parents divorcés. Les autres mineurs étant enfants d'unions libres, de père inconnu ou de parents n'ayant jamais vécu ensemble.

Toujours parmi cette cohorte, nous étions face à 30% de jeunes en difficulté scolaire, soit quatre de nos patients. Sur ces quatre, trois présentaient des troubles du comportement connus, avec déjà un suivi auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre.

Ces patients ont tous été vus au service d'accueil des urgences pédiatriques de Thionville entre le premier mai 2005 et le 31 janvier 2006. Ces résultats ne sont, bien entendu, pas représentatifs, les valeurs moyennes n'étant données que pour information.

L'intérêt est de montrer cette diversité qui se présente parmi ces patients ; le contexte social, familial ou scolaire, la consommation festive ou à l'inverse, cachant un problème psychologique ou psychiatrique, parfois difficile à mettre en évidence.

V. PREVENTION DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES CHEZ LES JEUNES

La consommation excessive d'alcool même de façon occasionnelle, peut avoir des effets sociaux, médicaux et personnels néfastes. Comme le confirment les données de prévalence au cours d'une vie ou sur une année, l'alcool est un produit plus consommé et plus valorisé que le tabac, mais il est également un produit plus redouté en raison des accidents et de la violence dont il peut être la cause. Interviennent aussi les facteurs individuels de sensibilité aux effets de l'alcool, comme le sexe ou la corpulence du sujet. Le début de l'alcoolisation est mal connu, car il est rarement perçu comme un rite d'initiation, et le processus d'alcoolisation semble plus complexe et moins « linéaire » que celui du tabagisme. Enfin, de longues périodes d'abstinence peuvent être suivies de consommations occasionnelles et massives « à risque », et les facteurs associés sont le plus souvent liés à la psychopathologie du sujet ou de sa famille.

Concernant les autres produits psychotropes, en particulier le cannabis, leur interdiction juridique justifie plus facilement les actions de prévention multiples. Leur image est tout autre car ces produits sont des « drogues illégales » pour la population, et il ne s'agit pas de produits ancrés dans la culture française à l'opposé de l'alcool, la France étant le premier pays viticole au monde. L'image de ces produits psychotropes est donc clairement négative dans l'opinion générale, mais la consommation de cannabis chez les jeunes français est particulièrement importante, puisque dans le peloton de tête des pays les plus consommateurs comme nous avons pu le voir précédemment. Les débats sur une éventuelle dépénalisation du cannabis en France, le terme « drogue douce », sont des éléments qui poussent à une banalisation de ce produit, et n'aident pas les adolescents à considérer ce produit comme un danger.

1. ACTIONS DE PREVENTION

Les actions de prévention visant les addictions et les comportements à risque des adolescents concernent généralement tout type de produit psychotrope, même si le problème de l'alcool est plus souvent évoqué, car s'agissant bien souvent de la première expérience de produit psychoactif.

Ces actions concernent plutôt les risques que la consommation elle-même. Ainsi, elles visent à :

- limiter les risques liés à l'ivresse, en particulier les accidents de la route (41), mais aussi les conduites sexuelles à risque (42).
- aider à être conscient de sa propre consommation d'alcool et à avoir une consommation responsable (43). Dans cette perspective il ne s'agit donc pas d'interdire la consommation, ce qui paraît impossible, mais de permettre un choix, dont celui de l'abstinence, dans des conditions spécifiques.
- traiter l'alcoolisation juvénile (44). Les actions de prévention des risques d'accidents liés à la conduite en état d'ivresse ont été particulièrement développées. Parmi les actions menées, citons la restriction de la disponibilité de l'alcool, l'information par les médias, la formation des professionnels de la nuit (barmen par exemple) à l'identification des signes précoces d'ivresse, l'alcoolémie « zéro » pour les jeunes conducteurs, l'autocontrôle, le couvre-feu, le raccompagnement, le conducteur désigné, l'information des services de bus et de taxis. Certaines actions suscitent la présence des femmes, censées limiter la consommation excessive d'alcool (45). Un autre type d'actions concerne l'initiation à la consommation d'alcool. Comme pour le tabac, les actions de prévention ont été pendant longtemps limitées à la diffusion d'informations plus ou moins dramatisantes, plus ou moins moralisatrices. Les effets physiques et sociaux néfastes de la consommation excessive d'alcool ont été largement repris, mais on a aussi utilisé des informations sur les attitudes (bonnes et mauvaises) face à l'alcool, les croyances (vraies et fausses), les normes sociales. Ultérieurement, les programmes de prévention, majoritairement mis en oeuvre en

milieu scolaire, ont inclus des informations sur l'ensemble des drogues et les actions ont été orientées vers le « renforcement des compétences sociales générales ». La famille a rarement été incluse dans ce type d'actions. Peu d'actions portent sur la prévention de toute consommation d'alcool, car la consommation modérée est considérée comme un critère d'intégration sociale. En effet, les jeunes qui boivent modérément, même s'ils sont enfants de parents alcoolodépendants, seraient mieux adaptés socialement que ceux qui adoptent un comportement « extrême », c'est-à-dire sont gros buveurs ou abstinents (46). Selon Feldman (47) il faut rendre les *substance abuse role models* moins attractifs et travailler sur l'image sociale de l'alcool et de ceux qui en abusent. L'augmentation de la consommation parmi les enfants de classes moyennes montre que cette image est plutôt séduisante, donc potentiellement favorisante. Toutefois, des mesures économiques telles que diminuer l'accès à l'alcool en augmentant son prix ou en limitant l'âge légal sont préconisées.

2. FACTEURS D'EFFICACITE DES PROGRAMMES

De même que pour les autres substances psychoactives, le moment et le lieu de l'action de prévention, les acteurs, le type d'intervention constituent d'importants facteurs d'efficacité.

2)1) Moment et lieu de l'action

La majorité des actions ont eu lieu auprès de jeunes de 10 à 18 ans (48). Mais à cet âge, les jeunes sont déjà initiés à l'alcool, l'échec des actions est expliqué par le fait qu'elles arrivent trop tard.

Certains auteurs (49) proposent des interventions très précoces, dès l'école élémentaire, mais sans que l'évaluation ait été faite. Dans la majorité des cas l'intervention a lieu dans l'école. Mais, pour des programmes destinés aux groupes à haut risque, comme les enfants de parents alcoolodépendants par exemple, l'école ne donne pas suffisamment de garanties de confidentialité. D'autres lieux devraient être promus (associations, clubs...). La télévision et les médias en général peuvent être considérés comme un canal d'information performant, car ils permettent de modifier les normes sociales.

2)2) Acteurs de prévention

Les infirmières scolaires seraient des vecteurs positifs d'une action de prévention individuelle de consommation excessive (50). Mais il existe un écart énorme entre les acquis scientifiques et la formation des professionnels. En effet, les acteurs de prévention sont informés en moyenne 5 à 7 ans après que les chercheurs ont établi des connaissances dans ce champ. Les professionnels de santé ont un rôle à jouer, en particulier au moment d'un accident ou d'une tentative de suicide (c'est-à-dire aux urgences hospitalières), mais aussi dans une consultation de routine. Il conviendrait de poser systématiquement aux adolescents la question de la consommation d'alcool et de cannabis, afin de leur offrir l'opportunité de discuter sur ce problème ou de les diriger vers des structures appropriées.

Plusieurs études montrent que les professionnels de santé, mais aussi de l'éducation, n'ont pas toujours des idées claires et bien étayées sur les dangers de l'alcoolisation. Ainsi, Abel (51) montre qu'il existe une grande variabilité dans l'opinion qu'ont les médecins sur la consommation occasionnelle, modérée et importante. La perception de la dangerosité de l'alcoolisation juvénile est aussi très variable selon le type de professionnels (52). La famille est un important vecteur de prévention, et améliorer les relations intra-familiales est aussi un des moyens privilégiés à promouvoir. Les relations fortes avec un adulte durant l'enfance ou le fait d'avoir une famille de petite taille à cohésion élevée sont des facteurs de protection importants.

Sur les données d'une enquête aux États-Unis auprès de jeunes de 14 à 19 ans et de leur parents, Beck (53) étudie le rôle de la connaissance qu'ont les parents de la consommation de leurs enfants dans la prévention. Cet auteur observe que, dans les familles où les parents exercent une surveillance, sans interdiction, sur les activités des enfants, moins d'adolescents consomment de l'alcool. La famille doit donc être « réellement » impliquée (54), c'est-à-dire au-delà de la participation aux devoirs, comme il est pratiqué actuellement dans les actions de prévention scolaires.

Graham (44) propose aussi d'informer les parents sur l'apprentissage du « bon boire » à la maison. Parmi les pratiques professionnelles à revoir, l'acceptation par les adultes que les jeunes sont matures et responsables et qu'on peut donc discuter avec eux est un point essentiel.

2)3) Mode d'intervention

Parmi les actions orientées vers la prévention des risques d'accidents liés à l'alcoolisation excessive, la formation des professionnels de nuit à l'identification des signes précoces d'ivresse semble actuellement la plus porteuse d'espoir.

D'autres mesures concrètes, comme l'alcoolémie «zéro» pour les jeunes, l'augmentation des prix de l'alcool dans les bars ou l'organisation du raccompagnement, se montrent efficaces. En revanche, les campagnes médiatiques ainsi que l'autocontrôle avant la prise du véhicule n'ont pas donné les résultats escomptés.

Une analyse des actions de prévention primaire évaluées ne permet pas de conclure à l'évidente efficacité d'un programme particulier. En effet, il existe trop peu d'études évaluatives et, parmi celles qui existent, les résultats sont peu concordants ou peu convaincants. Cette analyse montre que des actions ayant la même philosophie sous-jacente, comme l'approche multidimensionnelle de la prévention appelée *Life skill training*, peuvent avoir des effets différents (positifs, nuls, négatifs). Il est donc difficile de conclure à l'effet positif du programme, alors que d'autres facteurs peuvent être en cause, comme la personnalité de l'acteur de prévention et ses capacités à faire passer le message.

Partant du constat que, malgré les nombreuses actions, la consommation d'alcool reste élevée, Gleason Milgram (43) propose de mieux articuler les actions entre elles et de partir de l'expérience réelle des jeunes. Cet auteur encourage les discussions sur la signification des comportements et sur les comportements alternatifs, et propose de faire confiance aux jeunes et à leur capacité de décision, non seulement à propos de l'alcool mais, à propos de tous les champs de leur vie quotidienne. Il estime aussi qu'il ne faut pas proposer de programme préétabli, mais se baser sur ce que les jeunes savent et vivent. Les actions devraient être « *gender-specific* » (55), car les modes et les motifs de boire ne sont pas identiques pour les filles, qui veulent « assurer » tout court, et les garçons, qui veulent « assurer sexuellement ». Ces attentes vis-à-vis de l'alcool doivent être corrigées si on veut modifier la consommation d'alcool.

Les actions menées auprès de groupes à risque s'avèrent plus efficaces que les actions auprès de publics hétérogènes. Ainsi, des interventions ciblées sur des élèves à haut risque de « décrochage scolaire », tel le « *semester-long interpersonal relations class* » rapporté par Crum (56), ont montré une bonne efficacité. Les interventions brèves et collectives sont à favoriser.

Selon Black et Coster (57), les jeunes redoutent les interventions qui s'étalent sur une trop longue période ou qui incluent, dès le départ, une prise en charge individuelle. Par conséquent, ces auteurs proposent de procéder par étapes. On démarre, par exemple, avec une brochure contenant des informations générales, puis, ultérieurement, quand les adolescents ont pris conscience de leurs problèmes avec l'alcool, des contacts individuels avec un intervenant en santé sont proposées.

Dans une perspective plus globale de la prévention des consommations de substances psychoactives, des programmes comme le *Life skill training* ont été mis en place pour

apprendre aux jeunes à communiquer, à résoudre les conflits interpersonnels et à faire face aux difficultés de la vie quotidienne (58). Citons les programmes de gestion du stress qui apprennent à faire face à des situations psychologiquement difficiles par des techniques de relaxation ou des jeux de rôle, ou les programmes sur l'estime de soi qui ont pour but d'accroître la croyance dans sa propre valeur par des techniques de discussions ou de sketches.

Dans ce domaine de prévention, rien ne permet d'affirmer que la précocité des programmes augmente leur efficacité (59). Comme l'âge du début de consommation est différent selon les produits, les actions de prévention doivent commencer à des âges différents selon les produits (60).

L'âge optimum reconnu se situe entre 12 et 14 ans (grades 6-8) et 10 à 60 sessions sont nécessaires. Le meilleur programme (*Life skills training*) comporte 15 sessions la première année, 10 la seconde et 8 la troisième (61). Pour les raisons déjà évoquées, l'école est le lieu le plus adapté.

3. ACTIONS DE PREVENTION EN FRANCE

Il existe un énorme contraste entre les articles portant sur les actions de prévention dans les pays anglo-saxons (États-Unis, Royaume-Uni, Scandinavie) et les documents en langue française, par ailleurs peu nombreux et rarement publiés dans des revues scientifiques.

Des efforts réels ont été entrepris pour mieux formaliser les actions (62), mais le manque de bases scientifiques de ces actions et l'absence d'évaluation restent les deux points noirs.

En France, les actions de prévention ne sont qu'exceptionnellement basées sur des données scientifiques (la majorité des projets d'action ne comportent pas de bibliographie, par exemple) ou sur la situation réelle des jeunes (63), et ce malgré les nombreuses études publiées concernant la consommation des jeunes (64, 65, 66).

Ainsi, il existe un profond clivage entre les équipes de recherche qui produisent des données socioépidémiologiques et les acteurs et décideurs de l'éducation pour la santé qui mettent en place les actions de prévention. Ce clivage a tendance à s'accroître en raison de la fragmentation à la fois des recherches et des processus décisionnels.

Diverses institutions fournissent des résultats d'enquêtes, et ce de façon souvent peu cohérente. Par ailleurs, les décisions prises au niveau national ne sont pas toujours adaptées aux perceptions et sensibilités locales. La plupart des actions partent de constats « impressionnistes » et qualitatifs s'appuyant sur des faits divers, des opinions, des craintes... À titre d'exemple, on peut citer la liste des constats précédant la mise en place des « Points d'accueil et d'écoute » par le Ministère de la Santé et de la Solidarité, et dont certains, comme « l'émergence d'un phénomène inédit d'angoisse » ou « les ruptures familiales et sociales chez les adolescents et les jeunes majeurs », ne reflètent que peu la réalité mesurée par les enquêtes.

En effet, les enquêtes montrent que le phénomène d'angoisse est en faible augmentation et que les jeunes habitent de plus en plus longtemps chez leurs parents, signe d'une prise en charge familiale des problèmes de chômage juvénile. La diversité des acteurs va orienter, de façon indépendante, la diversité des actions : les enseignants vont plutôt promouvoir les actions d'information, les professionnels de santé les actions d'écoute, les travailleurs sociaux le travail auprès des jeunes exclus, les représentants de l'ordre vont montrer les produits, sans que la mise en commun ou la capitalisation des actions soit systématiquement envisagée.

De plus, la plupart des actions proposées partent de l'hypothèse sous-jacente que les individus (jeunes, parents) sont incompetents (67) et qu'il faut leur apprendre comment faire. Cette méconnaissance des compétences (les savoirs, savoir-faire, savoir-être des individus et de leur famille), même si elles ne correspondent pas à ce qu'il « convient » de faire, est source de tension et peut mener à une surdité des populations cibles.

Il arrive que le point de départ d'une action de prévention en matière de toxicomanie soit très idéologique : par exemple l'interdiction juridique de la drogue est parfois le seul argument avancé pour justifier l'action (68).

L'expression « programme de prévention » suscite une aversion de beaucoup d'acteurs ; on lui préfère « action de prévention ». Mais derrière la différence des mots se profilent des différences de mise en oeuvre. En effet, à partir des articles français sur ce thème, souvent vagues quant à l'objectif (diminuer la consommation), vagues quant aux moyens (emploi de termes tels que « mise en place d'un réseau », « formation », « sensibilisation », « lieux d'écoute »), il est difficile d'avoir une idée exacte de l'action menée. Quant aux évaluations, elles sont souvent absentes ou, ici encore, « impressionnistes ».

Le contenu des documents, à l'adresse des intervenants, qui accompagnent les actions de formation, de sensibilisation, est souvent très flou, peu étayé, parfois incompréhensible pour un acteur « moyen ». L'évaluation est rarement prévue au départ des actions, rarement mise en place après, ou se limite à des indicateurs peu pertinents (taux de participation des jeunes, par exemple) ou imprécis (« les jeunes sont de plus en plus partenaires », « amélioration de la communication »...). L'évaluation qualitative prime sur l'évaluation quantitative (69). L'évaluation externe, c'est-à-dire faite par un organisme qui n'est pas partie prenante de l'action, est exceptionnelle. En France, comme ailleurs, on est passé d'une prévention de toute consommation de produits psychoactifs vers une prévention des risques liés à la consommation abusive, mais force est de constater que la place des produits a parfois complètement disparu, au bénéfice d'une approche préventive plus globale des « conduites à risque » (suicide, accidents, absentéisme, violence...). Alors que les auteurs étrangers, dans un souci pragmatique, proposent d'ancrer les actions de prévention aux processus de consommation tels qu'ils se présentent dans leurs diversités chez les adolescents.

Les actions de prévention sont centrées sur une approche globale, favorisant la prévention d'une dépendance et non la consommation d'un produit.

Ce virage par rapport aux politiques antérieures n'est pas sans poser des problèmes pratiques. D'abord, les jeunes sont rarement dépendants aux produits (70) et peuvent donc estimer que la prévention des dépendances ne les concerne pas dans le présent. Ensuite, le modèle de consommation diffère d'un produit à l'autre (Espad, 2000), car chaque produit a une valeur sociale et culturelle spécifique, rendant ainsi le discours « global » sans effet.

Il est intéressant de noter que les préconisations de certains auteurs français vont à l'encontre de ce que montrent les études, la plupart anglo-saxonnes. Ainsi, parmi les stratégies de prévention proposées (71) figurent l'information par le dialogue, la clarification des valeurs, alors que, comme il a été déjà mentionné, les études publiées dans les revues internationales sont critiques sur ces méthodes. Certains auteurs (72) préconisent d'individualiser les actions en prévention primaire, alors que les évaluations publiées concluent que les approches collectives sont supérieures aux approches individuelles en matière de prévention et la mise à l'écart des parents, alors que les études montrent l'intérêt de leur participation.

Bien que des études évaluatives publiées mettent en garde contre les interventions de la police dans les établissements scolaires, ce mode d'intervention est encore très répandu en France. Si on étudie de près l'évaluation de douze actions menées en France en milieu scolaire (62), on note de multiples contradictions entre les pratiques de prévention et les conclusions des études évaluatives publiées dans les revues internationales.

Ainsi, sur les douze actions : deux seulement ont une forte implication des élèves, pourtant jugée essentielle ; sept abordent les aspects psychologiques, émotionnels, affectifs et comportementaux, pourtant jugés indispensables ; une seule comporte des références bibliographiques justifiant le mode d'action ; aucune n'a été expertisée. Toutefois, toujours selon cette même analyse (62), les actions de prévention menées comportent des aspects universellement reconnus comme très favorables à la qualité et à l'efficacité des actions, à savoir: un fort ancrage communautaire (multiples partenariats) ; une forte implication des divers acteurs de l'école (pas uniquement les enseignants, mais aussi l'équipe de direction, le conseiller principal d'éducation ou CPE), apportant des garanties sur le bon déroulement de l'action ; le désir d'impliquer les parents ; le désir d'améliorer la vie dans l'établissement.

Dispositifs français spécialisés

En France, comme ailleurs, les actions en milieu scolaire sont nombreuses et très diversifiées. Quelques actions originales méritent d'être soulignées, actions soit en direction des populations scolaires, comme la mise en place des Comités d'environnement social, soit en direction des jeunes non scolarisés, comme les interventions ciblées sur les jeunes en errance et la mise en place des « Points écoute jeunes ».

Comité d'environnement social

Les Comités d'environnement social (CES) ont été instaurés en 1990 (73,74) en tant que dispositif de mobilisation des ressources ayant pour objectif de détecter et de prévenir la toxicomanie dans les établissements scolaires, sans isoler cette conduite de l'ensemble des conduites déviantes (en particulier de la violence) et des difficultés des adolescents. Le champ des compétences de ce dispositif a été élargi en 1993 vers une prise en charge globale des difficultés rencontrées par les jeunes (75). Les enquêtes de Choquet et Ledoux (1994) ont justifié cette « approche globale, car les troubles et conduites des jeunes ne peuvent être isolés de l'expérience scolaire ». Une mobilisation collective a permis de remplacer les multiples structures existantes par un dispositif unique, le CES, devenu ultérieurement Comité d'éducation à la santé et la citoyenneté (CESC).

L'évaluation de ce dispositif effectuée en 1997 (76) en montre les avantages (projet permettant la mobilisation des équipes et la mise en place d'actions, avec financements de la Milt) et les inconvénients (absence d'analyse des besoins, faible capacité d'action des établissements, faible implication des acteurs, difficultés liées au partenariat). Toutefois, selon l'auteur de l'évaluation, une « dynamique d'amélioration a été enclenchée ».

En effet :

- 57 % des établissements sollicités (287 sur 500 collèges et lycées recensés comme ayant un CES) ont spontanément répondu à l'enquête, ce qui est un signe d'intérêt pour le dispositif

- 60 % de ces établissements ont un CES depuis plus de 2 ans, ce qui signifie qu'une pérennité s'est installée
- 80 % des CES comptent une équipe multidisciplinaire d'au moins 10 personnes, dont, outre le chef d'établissement obligatoirement président du CES, un CPE (88 %), des enseignants (91 %), une infirmière scolaire (86 %), une assistante sociale scolaire (85 %), un médecin scolaire (76 %), des parents (73 %), des représentants de la mairie (63 %), des représentants de la police ou la gendarmerie (56 %), des représentants d'associations de prévention (51 %) ; la majorité des membres de l'équipe est fortement impliquée (70 % des travailleurs sociaux, 71 % des infirmières, 68 % des personnels d'éducation). Les problèmes traités sont divers, avec en priorité et par ordre d'importance : les problèmes liés à la sexualité, la violence, la consommation de drogues illicites, le tabagisme, l'absentéisme, l'échec scolaire.

Restent les points faibles suivants :

- un manque de soutien des acteurs de la part de l'Éducation nationale (au niveau national ou local) : pour la conception des actions (78 % des acteurs ne se sentent pas soutenus), dans la mise en place du partenariat (85 %), dans la formation ou l'apport d'experts (87 %), dans l'évaluation (85 %).
- un partenariat insuffisant avec d'autres établissements scolaires (29 %) ainsi qu'avec les institutions (ou associations) qui prennent en charge les jeunes en grande difficulté comme les missions locales : 15 % des CES ont des représentants des missions locales ou des PAIO (points d'accueil, d'information et d'orientation), 6 % des représentants du monde économique, 24 % des représentants d'associations de soutien scolaire, 24 % des représentants d'associations sportives.
- un manque d'implication des parents : malgré la forte présence des parents dans les CES, seulement 27 % des parents et 19 % des élèves s'y impliquent fortement.

Par ailleurs, les enquêtes épidémiologiques (77) montrent une augmentation importante de la consommation de tabac et de cannabis entre 1993 et 1999. Les dispositifs mis en place n'ont

donc pas permis d'enrayer la progression des conduites à risque, et une évaluation globale des politiques publiques s'impose. Dans son récent rapport, Baeumler (78) confirme la volonté du Ministère de l'Éducation nationale de faire des CESC un dispositif privilégié de prévention, confortant ainsi l'approche globale de la santé des jeunes (incluant aussi, outre les violences, les incivilités et les pratiques à risque, qu'elles aient lieu dans ou hors de l'établissement scolaire). Il regrette la faible participation des élèves, des parents et des enseignants, et rappelle des notions essentielles telles que « partage des responsabilités », « partenariat », « formation ». La nécessité pour l'école de garder la maîtrise de l'éducation à la santé et de la prévention est un des points forts de ce rapport, tout comme le besoin d'évaluation.

Interventions auprès des jeunes en errance

Les CEMEA (Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation actives) constituent un réseau de formation, d'organisation et d'animation des centres de vacances qui, depuis fin 1990, s'est investi dans les réflexions et les actions sur des questions d'enfance et de jeunesse. Le festival du « Printemps de Bourges » a été l'occasion d'intervenir plusieurs années de suite auprès des jeunes en grande difficulté et une analyse qualitative de ces interventions (79) a été réalisée. Cette manifestation draine de nombreux jeunes en errance et pourtant, point de départ de ces actions, les travailleurs sociaux et les éducateurs y sont peu présents. Le but était d'établir des liens directs avec ces jeunes dans l'espace du festival, en leur proposant une écoute, un échange sincère d'égal à égal et un soutien (santé, conduites à risque).

Sans précision sur les modalités d'intervention, cette étude met en évidence les caractéristiques de la population rencontrée : population à dominante rurale ou de petites villes de province, masculine (85 %), issue de familles modestes. Tous ces jeunes ont « une image conflictuelle du couple parental où le rôle de celui qui ne comprend rien, ni personne, est systématiquement dévolu au père ».

Le départ en errance a eu lieu un jour de conflit parental, sur un fond de cumul de difficultés sociales, scolaires, relationnelles et comportementales, dont la consommation de drogues.

L'étude pointe les lacunes d'une prévention primaire sur une population plutôt rurale (pas ou peu de contacts avec les professionnels de santé, pas ou peu de contacts avec le milieu associatif) et peu investie par les politiques publiques (la « politique de la ville » concerne essentiellement les jeunes des zones urbaines dites « sensibles »), et la nécessité d'intervenir

sur des signes d'alerte précoces (décrochage scolaire, fugue, conflits familiaux chroniques, consommation de toxiques).

Sans qu'une évaluation au sens strict ait été faite, cette étude montre la diversité de ce public, ses besoins d'intervention et la nécessité de démultiplier les points de rencontre avec les travailleurs sociaux pour cette population foncièrement peu sédentaire.

Points d'accueil et d'écoute jeunes

Le but des points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) est de s'inscrire dans une démarche préventive et de permettre aux jeunes une « mise en parole » de leurs difficultés auprès de personnes ressources (soignants, éducateurs, psychologues, représentants des organismes chargés de l'emploi). La mise en place de ces dispositifs a fait l'objet de deux circulaires : la première, du Ministère du Travail et des Affaires sociales (80), qui cible plus particulièrement les publics marginalisés et les adolescents en rupture ; la seconde, du Ministère de l'Aménagement du territoire, de la Ville et de l'Intégration (81), qui intègre les familles et parle des jeunes démunis sur le plan social et familial et de l'engagement dans des consommations de produits (69).

Il existe 70 PAEJ financés par les DDASS, en plus des points d'écoute financés dans d'autres cadres (Éducation nationale, Conseil communal de la prévention de la délinquance ou CCPD, Conseil général), dont on ne connaît pas le nombre exact. Ce qui frappe, c'est leur diversité, tant au niveau de leur financement (instances nationales, collectivités territoriales, établissements scolaires et extra-scolaires), que de leur champ d'intervention (soit généralistes voulant aborder le « mal-être des jeunes », soit plus ciblées autour de la toxicomanie, l'alcoolisme, la désinsertion sociale et scolaire), et que de leurs intervenants et modes d'intervention. Les évaluations disponibles datent toutes de 1999 et analysent, selon les cas, une (82), cinq (83) dix (84) ou quarante (69) structures.

Commanditée par la Direction de l'action sociale (DAS), l'évaluation qualitative d'une structure « point écoute » développée à Toulon est rapportée par Poggi en 1999 (82). L'objectif central de cette structure est d'offrir à tous les jeunes (de 10 à 25 ans) de la ville,

ainsi qu'à leurs familles, un espace d'accueil et d'écoute, de médiation, d'information, d'orientation et d'accompagnement.

Une analyse détaillée permet à l'auteur de résumer les principaux effets sur les jeunes, qui y trouvent un réconfort, se sentent considérés en tant que personnes et sont réceptifs aux conseils et aux orientations donnés par les personnes ressources, sont soutenus par rapport à leurs difficultés au sein de la famille grâce aux médiations familiales qui restaurent le dialogue parents enfants. L'auteur conclut que ce dispositif se situe en plein coeur de la prévention primaire : restauration des parents dans leur rôle éducatif et stimulation des jeunes à s'appuyer sur les aspects positifs de leur personnalité.

Également commandité par la DAS, le rapport de Guénif et Melas (83) présente cinq structures, toutes généralistes, et en fait une analyse transversale. Le public, connu dans 4 cas sur 5, est très diversifié et à prédominance féminine. Les auteurs décrivent ces jeunes comme présentant « à plus d'un titre une figure de marginalité ». Les structures s'accordent pour travailler sur la globalité, ce qui soulève des interrogations : Que recouvre ce concept ? Qu'apporte-t-il de nouveau ? Quelles compétences sont nécessaires pour « tout entendre » ? Que faire de la parole des jeunes ? Les auteurs évoquent la polysémie des notions d'accueil et d'écoute : écoute-orientation, où le point d'accueil joue le rôle de sas ; écoute à visée psychothérapeutique ; écoute ayant fonction de subsidiarité pour combler le manque d'écoute des autres. Bien que l'importance de la prise en compte de la dimension familiale soit reconnue, il existe une difficulté récurrente à penser le travail en direction de la famille (concurrence ressentie entre l'écouter et la famille ? attitude stigmatisante des travailleurs sociaux ? inexpérience des intervenants en la matière ?) que les équipes vivent comme une défaillance de leur dispositif. Les PAEJ sont confrontés de manière cruciale à la question de nombreuses formes de mixité, tant des publics accueillis (genre, origine sociale et nationale : « la hiérarchie sociale épouse la hiérarchie ethnique des publics ») que des identités professionnelles et sociales des intervenants. Les auteurs pointent certains freins au développement des PAEJ : une logique militante et son côté contreproductif et paralysant, une logique de surexposition qui fragilise les professionnels, la difficulté à faire vivre le réseau, la confusion entre le PAEJ et la structure porteuse, l'incertitude concernant les sources de financement. Ils évoquent également certains écueils à éviter : rendre artificiellement les situations trop complexes, c'est-à-dire savoir répondre simplement à une question posée ; perdre de vue l'essentiel, qui est de réduire la souffrance des jeunes, à force de regarder du côté de l'articulation entre l'institution et les opérateurs périphériques ; devenir le lieu de

facilité des adresseurs, qui ne savent comment aborder les jeunes en difficulté ; contredire la pérennité souhaitée des interventions en laissant s'installer la précarisation des intervenants.

L'étude AREPS-IDES/ORSAS-Lorraine (84) établit les monographies de dix structures prises dans neuf départements et en fait l'analyse. Deux d'entre elles ont été ouvertes pour la prévention des toxicomanies, les huit autres ont une approche généraliste. L'âge du public « jeune » varie entre 10 et 30 ans, mais la notion fluctue d'une structure à l'autre (plutôt jeunes adultes ou plutôt populations lycéennes). Dans la majorité des cas, le public est féminin, mais ici encore il existe une diversité. Notons que la moitié des structures n'a pas d'outil d'enregistrement systématique et que le mode de comptage est hétérogène (confusion entre le nombre de passages et le nombre de personnes). Les difficultés d'ordre familial et d'ordres affectif et sexuel sont les premiers motifs de consultation. Les actions sont diversifiées : accueil, écoute, service. Les adultes y interviennent comme des médiateurs (échanges, recherches de compromis, propositions d'orientation) dans les relations entre les jeunes et leur environnement (famille, police, école, santé). Aucune donnée n'existe sur les modalités d'intervention et le devenir des jeunes qui ont fréquenté les points écoute.

Dans le rapport rendu par Jacob et coll. (69), une quarantaine de points écoute jeunes et/ou parents, tous créés dans le cadre de la circulaire de 1997, sont analysés. Les auteurs dégagent les lignes de force du dispositif, à savoir : une capacité d'action non médicalisée sur les problématiques de l'adolescence et plus particulièrement sur les perturbations de la relation parents adolescents ; une capacité d'action auprès des personnes éloignées des institutions et services d'aide, de prévention et de soins ; la compétence à traiter des conduites à risque, quel que soit le degré d'implication des publics dans la consommation de produits psychoactifs ; la forte insertion dans une dynamique partenariale et plus généralement dans une dynamique locale, qui rend possibles les actions engagées ; une diversité des méthodes de travail qui, à partir d'un tronc commun de principes renvoyant aux conditions d'une prévention de proximité, fait ressortir plusieurs « familles » de points écoute (clinique, double écoute psychosociale, communautaire, éducative), la famille « éducative » étant celle qui, par la pratique de l'écoute active, doit faciliter l'engagement des personnes dans un processus où elles deviennent les « acteurs » de leur protection. Selon les auteurs, ce qui ressort de l'évaluation qu'ils ont conduite est que, pour la plupart des points écoute, l'expérience acquise et la confrontation au public conduisent assez vite à développer des combinaisons et orientations relatives à l'écoute (clinique/communautaire, psychosocial/éducatif,

clinique/éducatif, communautaire/éducatif}). La recherche d'une forme nouvelle à l'entrecroisement de ces orientations paraît la plus intéressante.

Politique de la Mildt

Initialement, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), créée en 1982, était essentiellement orientée vers la prévention et la répression de l'usage des drogues illicites. De 1999 à 2002, elle a repositionné sa politique en matière de prévention des conduites de consommation à partir de plusieurs constats : la diversité des connaissances, des pratiques et des messages ; la nécessité d'une approche globale de la prévention (85) et des mécanismes de dépendances (86) ; le besoin d'une politique nationale et cohérente. Depuis 2002, une réorientation est en cours d'élaboration.

La MILDT, en association avec le Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, et l'INPES ont mis en place, dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, la tabac et l'alcool 2004-2008, un programme global de prévention de l'usage de cannabis. Il est principalement fondé sur la mise en place d'un réseau de consultations cannabis pour les jeunes sur l'ensemble du territoire, d'une ligne dédiée « Ecoute cannabis » (0811912020) et de la première campagne médiatique sur ce thème en Europe.

S'adressant en priorité aux jeunes, cette campagne a pour objectif d'informer sur les risques de la consommation de cannabis et de réduire aussi l'écart entre l'usage du cannabis et la réalité de ses effets.

Six films télévisés et 8 spots radio s'adressant prioritairement aux jeunes ont été diffusés à partir du 8 février 2005. Sous la signature « le cannabis est une réalité », ils opposent le mythe largement répandu du cannabis comme produit naturel et inoffensif (« le cannabis n'est pas vraiment une drogue, avec le cannabis on se sent bien, avec le cannabis on se fait plein d'ami... »), à la réalité de ses effets négatifs, sous forme de témoignages recueillis auprès de consommateurs réguliers de cannabis et dits par de jeunes acteurs.

Quatre risques principaux sont mis en avant : les perturbations de la mémoire et de l'apprentissage scolaire ; la détérioration des relations sociales et affectives, la dépendance au produit, le risque d'intoxication aiguë (« bad trip »).

Tous les spots renvoient sur la ligne « Ecoute cannabis ».

CONCLUSION

L'adolescence est une période charnière du développement psychique de l'individu, où le jeune n'est plus un enfant et pas encore un adulte.

Le rapport des adolescents aux substances psychoactives, y compris l'alcool, doit faire l'objet d'une attention extrême. Boire de l'alcool est un geste qui a du sens : traduisant une sociabilité qui se forge, parfois un rite initiatique entre camarade, ou encore une détresse psychologique. Mais c'est aussi à ce moment que se dessine la consommation adulte et que l'on peut détecter des comportements précurseurs de situations problématiques.

Les enquêtes les plus récentes, montrent unanimement une tendance à la diminution du nombre d'adolescents consommateurs d'alcool en France, ainsi que de la baisse de l'usage régulier d'alcool chez ces mêmes jeunes. Un point en revanche négatif est à noter ; les phénomènes d'ivresses régulières apparaissent en hausse entre 2003 et 2005. Comme nous pouvions nous attendre, il y a une importante disparité entre les sexes ; les jeunes filles étant moins consommatrices. Un élément un peu plus surprenant, balayant quelques a priori, nous révèle que les jeunes français ne sont pas plus consommateurs d'alcool que leur voisins européens, et même plutôt « bons élèves ». Fait contrastant avec la population adulte qui, même si sa consommation diminue régulièrement, détient la triste quatrième place parmi les états de l'union européenne.

Cependant, les chiffres concernant la consommation de cannabis sont nettement plus décevants. Même si une légère diminution est notée entre 2002 et 2003, l'enquête ESPAD menée dans 35 pays européens, nous montre que les adolescents français font partie du quatuor de tête pour la consommation de cannabis. Une constatation assez surprenante, puisque la France fait partie des pays européens ayant interdit tout commerce, vente ou consommation de cannabis, cela permet d'avoir une vision assez critique des politiques de prévention française sur cette substance.

Concernant l'alcool, l'analyse des travaux publiés met en évidence la nécessité d'orienter les actions de prévention vers la prévention du passage de la consommation occasionnelle à une consommation plus régulière, vers la prévention des risques liés à une consommation excessive, comme l'ivresse, un phénomène en pleine expansion, et vers la promotion du bien-être psychologique des adolescents comme moyen de prévention de toute consommation.

L'apport de connaissances ne peut en aucun cas constituer le seul mode d'action. La prise en compte de l'expérience des jeunes en fonction de l'âge et du sexe et la participation active de la famille restent deux points forts à développer. La formation des acteurs de prévention que sont les enseignants, les médecins, les infirmières est un préalable indispensable aux actions. Si l'approche globale de la consommation de produits psychoactifs s'avère aujourd'hui une priorité en France, force est de constater que la majorité des actions de prévention ainsi que des évaluations publiées dans la littérature internationale reste centrée sur un produit particulier. Comme le processus d'initiation et de consommation ainsi que les risques associés diffèrent d'un produit à l'autre, l'approche globale constitue une démarche qu'il convient de mieux expliciter, formaliser, expérimenter et évaluer. Des recherches dans ce sens s'avèrent donc indispensables si on veut asseoir cette approche.

BIBLIOGRAPHIE

1. FOUQUET P., Alcool et religions. Paris : Rev. De l'Al., n°2, 1965. – p.81-92. -
2. JEAN P., Aperçu historique sur le problème de l'alcoolisme en France, Après demain. Paris : 1972.- p. 4-7.-
3. TONGUE A., 5000 years of drinking, in Drinkings, Nelson Hall, Chicago: 1978.- p. 31-38.-
4. HORTON D., Fonctions of alcohol in primitive societies. New Haven: Alcohol Science and Society, 1vol., 1960.- p. 152-177.-
5. DION, Histoire de la vigne et du vin en France des origines au XIXème siècle. Paris : 1976.- 153p.-
6. BADRI M.B., Islam and Alcoholism, 1 vol, American Trust Publications, 1976.
7. FREUD A. Adolescence. Psychoanal Study Child 1958 ; 13 : 255-268. Traduction française: L'enfant dans la psychanalyse. Paris: Gallimard, 1976.- p. 244-266.-
8. FOUQUET P., CHAMPEAU D., L'Eglise catholique romaine dans un pays de viticulture, Evol. Psych., n°2, 1971.- p. 415-421.-
9. WEBER P. Cannabis sativa L. et cannabinoïdes. Thèse pharmacie Nancy 1, 1987.- 65p.-
10. PINTO A.V. Cannabis et comorbidité addictive avec les pathologies psychiatriques : étude clinique cas-témoins sur une population de 100 patients hospitalisés en psychiatrie sur l'île de la Réunion. Thèse médecine Nancy 1, 2003. - 306p.-
11. Les addictions en 2004 [En ligne]
Adresse URL : www.educ.necker.fr/cours/medecinegenerale/toxicologie.pdf

12. MINISTERE DE LA SANTE, DU BIEN-ETRE ET DES SPORTS., La politique en matière de drogue aux Pays-bas. Rapport d'avancement septembre 1997-septembre 1999. La Haye : 1997-1999

13. BEN AMAR M., LEONARD L. & al., Les psychotropes: Pharmacologie et toxicomanie. Montréal : Les presses de l'université de Montréal, 2002.- 894 p.-

14. WINNICOTT DW. Jeu et réalité : l'espace potentiel. Concepts actuels du développement de l'adolescent. Paris : Gallimard, 1975.- 157p.-

15. HAIM A. Les suicides d'adolescents. Paris : Payot, 1970.- 137p.-

16. MARCELLI D., DESCHAMPS J.-P., MICHAUD P.-A., ALVIN P., FRAPPIER J.-Y., TURSZ A. La santé des adolescents : approches, soins et prévention. Lausanne : Payot, 1997.- 254p.-

17. TURSZ A., CHOQUET M. Adolescents, risques et accidents. Paris : Centre International de l'Enfance/Doin, 1987.- 129p.-

18. TURSZ A. Quelques concepts et données épidémiologiques sur les comportements à risque à l'adolescence. 6th International Congress on Adolescent Health, Vancouver : 1995

19. ASSAILLY J.-P. Les jeunes et le risque. Paris : Vigot, 1992.- 157p.-

20. LE BRETON D. Passion du risque. Paris : Métailié, 1991.- 107p.-

21. LE GARREC S., PERVANCHON M. Le sens de l'alcoolisation chez les jeunes à Toulouse. Les jeunes et l'alcool en Europe, déc. 1999, Toulouse : Editions universitaires du Sud, 1999. – p. 215-222. -

22. GODEAU E. Jeux symboliques autour de l'alcool et de l'ivresse : exemple du baptême des internes en médecine. Les jeunes et l'alcool en Europe. Toulouse : Editions universitaires du Sud. 1999.- p 237-244.-

23. ADES J., LEJOYEUX M. Les conduites alcooliques et leur traitement. Doin éditeurs, collection conduite, 1996, - 142p. -
24. DESPRES-DELY C. Etudiants, étudiantes et alcool. Les jeunes et l'alcool en Europe. Paris : Editions universitaires du Sud. 1999. – 42p.-
25. GOT C. L. et al., L'alcool et la route, HCEIA, La documentation française, Paris : 1986.- p 23-35.-
26. CORDEAU M., DOMINOT E., TAVENEAU J., RESERBAT-PLANTEY D., Grossesse et adolescence. Poitiers : F.I.R.E.A. éditions, 2000. -89p.-
27. CHOQUET M., COM-RUELLE L., SPILKA S., Les 13-20 ans et l'alcool en 2001, comportements et contextes en France, IREB. Paris : 2001. -114p.-
28. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes français, exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003. Paris : 2003. - 222p.-
29. (10) LEGLEYE.S, MENARD.C, BAUDIER.F, LE NEZET.O, Alcool, Editions du CFES, Baromètre Santé 2000. - 42p-
30. IREB, Consommation d'alcool des jeunes scolarisés de 12 à 18 ans, Focus d'alcoologie, n°8, 2005. - 38p.-
31. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., Drogues à l'adolescence – Niveaux et contextes d'usage du cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France, ESCAPAD 2003. - 252p.-
- 31b. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., Les niveaux d'usage de drogues en France en 2005, exploitation des données du baromètre santé 2005, Saint Denis : 2006. - 4p.-
32. IREB, Les jeunes européens et l'alcool, Focus d'alcoologie, n° 4, 2002. - 20p.-

33. HUERRE P, MARTY F. Cannabis et adolescence, les liaisons dangereuses. Editions Albin Michel, 2004.- 362p.-
34. REYNAUD M. Cannabis Santé. Editions Flammarion, 2004. -194p.-
35. ROQUES B., La dangerosité des drogues. Paris : 1999. - 316 p.-
36. Les addictions en 2004 (en ligne)
Adresse URL/ www.educ.necker.fr/cours/medecinegenerale/toxicologie.pdf
37. COSTENTIN J., Nouveau regard sur le cannabis, Rouen: Unité de neuropsychopharmacologie, faculté de médecine et pharmacie [en ligne]
Adresse URL/
www.univrouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1106311066808&LANGUE=0
38. L'usage problématique du cannabis. Numéro spécial toxibase-Crips. Revue Toxibase n°12/lettre du Crips n°72 – février 2004 –
39. BECK F., LEGLEYE S., Drogues à l'adolescence – Usage de drogue et contexte d'usage entre 17 et 19 ans, évolution récente -ESCAPAD 2002-
40. MEIER S., Office fédéral de la santé publique- Bulletin 1/05 –
Berne (Suisse) – janvier 2005 –
41. ASSAILLY JP. « Boire ou conduire ». Prévention chez les jeunes. Paris : *Alcoologie* 1998. n°20, - p 65-71.-
42. BAILEY SL, POLLOCK NK, MARTIN CS, LYNCH KG. Risky sexual behaviors among adolescents with alcohol use disorders. *J Adolesc Health* 1999, 25. - p 179-181.-
43. GLEASON MILGRAM G. Responsible decision making regarding alcohol : a re-emerging prevention/education strategy for the 1990s. *J Drug Educ* 1996, 26. -p 357-365.-

44. GRAHAM P. Alcohol and the young. *Arch Dis Child*. 1996. - p 361-363.-
45. NORMAN P, BENNETT P, LEWIS H. Understanding binge drinking among young people : an application of the Theory of Planned Behaviour. *Health Educ Res* 1998. - p 163-169.-
46. SERRINS DS, EDMUNDSON EW, LAFLIN M. Implications for the alcohol/drug education specialist working with children of alcoholics : a review of the literature from 1988 to 1992. *J Drug Educ* 1995, 25. – p 171-190.-
47. FELDMAN L, HARVEY B, HOLOWATY P, SHORTT L. Alcohol use beliefs and behaviors among high school students. *J Adolesc Health* 1999, 24. - p 48-58.-
48. FOXCROFT DR, LISTER-SHARP D, LOWE G. Alcohol misuse prevention for young people : a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 1997, 92. - p 531-537.-
49. HAYDOCK A. Alcohol education in primary schools. *Nurs Stand* 1998, 13. - p 43-46-
50. WERCH CE, CARLSON JM, PAPPAS DM, DICLEMENTE CC. Brief nurse consultations for preventing alcohol use among urban school youth. *J Sch Health* 1996, 66. - p 335-338.-
51. ABEL EL, KRUGER ML, FRIEDL J. How do physicians define « light », « moderate » and « heavy » drinking ? *Alcohol Clin Exp Res* 1998. - p 979-984.-
52. SOSALE S, FINNEGAN JR, SCHMID L, PERRY C, WOLFSON M. Adolescent alcohol use and the community health agenda : a study of leaders' perceptions in 28 small towns. *Health Educ Res* 1999, 14. -p 7-14.-
53. BECK KH, SHATTUCK T, HAYNIE D, CRUMP AD, SIMONS-MORTON BG. Associations between parent awareness, monitoring, enforcement and adolescent involvement with alcohol. *Health Educ Res* 1999, 14. - p 765-775.-

54. LOVELAND-CHERRY CJ, LEECH S, LAETZ VB, DIELMAN TE. Correlates of alcohol use and misuse in fourth-grade children : psychosocial, peer, parental, and family factors. *Health Educ Q* 1996, 23. - p 497-511.-
55. WALL AM, HINSON RE, MCKEE SA. Alcohol outcome expectancies, attitudes toward drinking and the theory of planned behavior. *J Stud Alcohol* 1998, 59. - p 409-419.-
56. CRUM RM, ENSMINGER ME, RO MJ, MCCORD J. The association of educational achievement and school dropout with risk of alcoholism : a twenty-five-year prospective study of inner-city children. *J Stud Alcohol* 1998, 59.- p 318-326.-
57. BLACK DR, COSTER DC. Interest in a Stepped Approach Model (SAM) : identification of recruitment strategies for university alcohol programs. *Health Educ Q* 1996, 23. – p 98-114.-
58. HANSEN WB. School-based substance abuse prevention : a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Educ Res* 1992, 7 . – p 403-430.-
59. RESNICOW K, BOTVIN G. School-based substance use prevention programs : why do effects decay ? *Prev Med* 1993, 22. – p 484-490.-
60. DEWIT DJ, OFFORD DR, WONG M. Patterns of onset and cessation of drug use over the early part of the life course. *Health Educ Behav* 1997, 24. – p 746-758.-
61. DUSENBURY L, FALCO M, LAKE A. A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *J Sch Health* 1997, 67. – p 127-132.-
62. BACHMANN C, KARSENTI M. Prévention des toxicomanies en milieu scolaire. Dossier thématique du Centre Alain Savary. Paris : Éditions INRP, 1996.- 144 p-
63. CORBINEAU A. Description et analyse critique d'un projet de prévention des conduites d'alcoolisation auprès d'adolescents (réalisé dans un collège des Hauts de Seine en 92-93).Mémoire de stage de formation des médecins de l'Éducation nationale, Paris XII – CHU St-Antoine : 1994. - 27 p.-

64. BALLION R. Les conduites déviantes des lycéens. Rapport CADIS/EHESS/CNRS pour OFDT, 1999. - 266 p.-
65. BAUDIER F, DRESSEN C, ARÈNES J. Baromètre santé jeunes 94. Vanves : Éditions CFES, 1997. - 148 p.-
66. CHOQUET M, LEDOUX S. Adolescents - Enquête nationale, Paris : Éditions Inserm, 1994. - 346 p.-
67. BOUCHET C. L'alcoolisation des jeunes, problèmes, perspectives. Représentations, propositions, stratégies d'acteurs. Une étude en Rhône-Alpes (CRAES), 1998. - 25 p.-
68. DESPIN D. Restructuration d'un projet de prévention toxicomanie. Mémoire de stage de formation des médecins de l'Éducation nationale, Paris XII – CHU St-Antoine : 1994. - 27 p.-
69. JACOB E, JOUBERT M, TOUZE S. Évaluation des points écoute jeunes et/ou parents créés à partir de la circulaire no 97/280 du 10 avril 1997 - Rapport final. RESSCOM, 1999. - 324 p.-
70. ARÈNES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. Baromètre santé jeunes 97/98. Vanves : Éditions CFES ,1998. - 328 p.-
71. MENETREY AC. L'alcool, le tabac, des drogues légales toujours bien présentes. *In* : La santé des adolescents : approches, soins, prévention. Fondation de France, Payot- Lausanne, Doin-Paris : Les Presses universitaires de Montréal, 1997. - p. 387-395.-
72. GIRARD M. Consommation et abus de drogues chez les adolescents : guide pratique à l'usage du personnel scolaire. *Prisme* 1997, 7 : - p. 544-568. -
73. MEN (ministère de l'Éducation nationale). Mise en place des Comités d'environnement social. Lettre du 21 octobre 1990 et note du 30 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990a. – 42p.-

74. MEN (ministère de l'Éducation nationale). Prévention des toxicomanies et des conduites à risque. Lettre du 22 octobre 1990. *Bull Off Educ Nat* 1990b, - 42p.-

75. MEN (ministère de l'Éducation nationale). Développement des Comités d'environnement social. Lettre du 25 février 1993 et circulaire no 93-137 du 25 février 1993. *Bull Off Educ Nat* 1993, -10 p.-

76. BALLION R. Les comités d'environnement social. Rapport CADIS/EHESS/CNRS pour OFDT, 1998 : - 130 p.-

77. ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs). Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête Espad 1999, évolution 1993-1999. *Tendances* (OFDT) 2000, 6 : - p 1-6. -

78. BAEUMLER JP. L'école citoyenne. Le rôle du Comité d'éducation à la santé et à la Citoyenneté. Rapport présenté au Premier ministre, Paris 2002 : - 116 p.-

79. CHOBEAUX F. Jeunes en errance et hébergements festivaliers. Rapport Cemea, 1994 : - 65 p.-

80. DAS (Direction de l'action sociale). Mise en place de points d'accueil pour les jeunes âgés de 10 à 25 ans. Circulaire DAS/BAG no 96-378 du 14 juin 1996. *Bull Off Aff Soc* 1996, - 28 p.-

81. DAS (Direction de l'action sociale). Mise en place de points écoute jeunes et/ou parents financés sur le chapitre 47-15 (article 20). Circulaire DAS/DSF1 no 97-280 du 20 avril 1997. *Bull Off Aff Soc* 1997, - 17 p.-

82. POGGI D. Le point jeunes à Toulon : un accueil multidimensionnel. Évaluation monographique. Rapport de Vérès – Consultants pour la Direction de l'action sociale, 1999 : - 45 p.-

83. GUENIF N, MELAS L. Maux à mots adolescents, les points d'accueil et d'écoute jeunes à l'épreuve de l'usage : maturité ou mirage. Évaluation des points d'accueil et d'écoute jeunes. Rapport « Interférences » pour la Direction de l'action sociale, 1999 : - 87 p.-
84. AREPS-IDES/ORSAS-LORRAINE. Évaluation de points d'accueil et d'écoute jeunes. Rapport 1999 : - 54 p.-
85. PARQUET PJ. Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. Vanves : Editions CFES, 1998. - 107 p.-
86. ROQUES B. La dangerosité des drogues. Paris : Éditions Odile Jacob, 1999. - 316 p.-

ANNEXES

Dans cette partie annexe, sont développées des informations supplémentaires sur 3 thèmes distincts :

- les boissons alcooliques, l'alcool
- l'alcool, ses propriétés biochimiques, ses interactions, les recommandations de l'OMS et les complications liées à une consommation chronique
- le cannabis

I. LES BOISSONS ALCOOLIQUES

On distingue deux grands groupes de boissons alcooliques : les boissons fermentées et les boissons distillées. (9)

- Les boissons fermentées

Les principales boissons fermentées sont :

-Les vins :

Ce sont les produits obtenus par fermentation alcoolique du raisin ou du jus de raisin frais.

On les classe en :

*vin de table

*vin d'appellation d'origine

*vins plus spéciaux parmi lesquels le vin jaune, les vins doux naturels, les vins de liqueur, les vins effervescents, etc...

Il faut noter l'augmentation progressive, lente et continue du taux actuel du taux alcoolique du vin depuis le début du siècle. L'augmentation de la production de raisin, qui a parfois quintuplé à l'hectare, a nécessité l'emploi d'engrais, d'antiseptiques, de colorants et de produits permettant d'obtenir des caractéristiques constantes pour le goût du consommateur :

ces nombreux congénères, additifs et polluants, potentialisent certainement la toxicité propre de l'alcool.

Le pourcentage d'alcool contenu étant compris généralement entre 10 et 14°

-La bière :

Elle est obtenue par fermentation alcoolique d'un moût fabriqué avec du houblon et du malt d'orge pur ou associé à 30% au plus de grains crus.

Le goût et la couleur permettent de différencier plusieurs types de bières : blondes, brunes, ambrées, la densité fait distinguer la bière de table, la bière bock et la bière de luxe.

La bière titre de 2 à 8° d'alcool en général. Elle contient des glucides, des sels minéraux et des vitamines. Elle contient environ 450 calories au litre.

Le pourcentage d'alcool contenu dans les bières dites « récentes » est parfois beaucoup plus élevé, atteignant jusqu'à 14, voire 16°, soit proche ou supérieur du pourcentage contenu dans la majeure partie des vins. Les industriels jouant parfois sur ce degré d'alcool ou sur le nom de ces bières pour cibler la population adolescente sensible à ce type d'argument (« Bière la plus forte du monde », « Delirium Tremens », « Satan »...). A noter une augmentation massive de production de bières aromatisées dont la consommation chez les adolescents est en plein essor, et ayant permis une féminisation marquée de ces produits. Il s'agit de produits atteignant habituellement 6 à 8°.

-Les cidres :

Le cidre provient essentiellement de la fermentation du jus de pommes fraîches ou d'un mélange de pommes et de poires fraîches, avec ou sans addition d'eau.

Leur « richesse alcoolique » variant entre 2 et 6°.

-L'hydromel :

Il provient de la fermentation alcoolique d'une solution de miel dans l'eau potable. S'il possède une effervescence naturelle, il peut recevoir l'appellation de pétillant

- Les boissons distillées

Les boissons fermentées à l'état naturel ne peuvent avoir un degré d'alcool supérieur à 16° au-delà duquel la fermentation est arrêtée par l'action antiseptique de l'alcool sur les levures.

On peut augmenter leur teneur en alcool soit par distillation, soit par adjonction d'alcool.

On distingue :

-les alcools ou eaux-de-vie :

Les eaux-de-vie de type cognac ou armagnac dont le titre est de 40 à 42°

Les eaux-de-vie de cidres type calvados de Normandie (titre de 40°)

Les eaux-de-vie de fruits type kirsch, mirabelle, prune (titre généralement proche de 50°)

Les eaux-de-vie de grains : la distillation de ces moûts fermentés donne des alcools ou des eaux-de-vie de grains, tels que le whisky, le gin, le genièvre, la vodka, l'aquavit.

Les rhums : industriels (distillation des mélasses) ou agricoles (fabriqués à partir du jus de canne. Titre 40°)

-Les spiritueux :

Les apéritifs :

A base de vins : porto (20°), madère (17°)

A base d'alcool : anis ou pastis (40 à 45°)

Les liqueurs ou digestifs :

Boissons très sucrées, appelées commercialement « digestifs » tirant de 15 à 60°, à base d'alcool ou d'eau-de-vie.

L'effet toxique de l'alcool est potentialisé par l'effet pernicieux des essences qu'elles contiennent.

- Les premix

Il s'agit d'un nouveau type de boisson alcoolisée ; les premix ou « alcopops » résultent d'un mélange d'alcool et de boissons sucrées diversement aromatisées. Elles font partie de la catégorie des boissons alcoolisées pré conditionnées qui séduisent principalement les jeunes.

Le premix est un mélange de soda sucré, contenant 5 à 8 % d'alcool, et vendu sous forme de boîtes ou de bouteilles colorées de 25 à 35 cl. Les goûts de ces boissons sont proches de ceux des sodas, mais il s'agit bien d'alcool que celles-ci renferment (10).

Boire un premix, revient à boire un verre de vin avec 12 g d'alcool. Leur forte teneur en sucre masque le goût de l'alcool, ces produits avaient des taux de sucres solubles proches de 80 voire 90 g/l. Une nouvelle législation entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005, taxait les produits contenant plus de 35g/l de sucre. Les fabricants ont donc du modifier les compositions de ces boissons pour éviter cette surtaxe et rester abordable pour la population cible non avouée : les adolescents.

Actuellement, la liste des ingrédients laisse transparaître les efforts des fabricants pour continuer à donner du goût et des couleurs à ces mélanges alcoolisés. On retrouve ainsi de nombreux acidifiants ou de l'aspartame, l'édulcorant permettant de conserver un goût sucré sans dépasser la barre fatidique des 35g/l de sucre qui déclenche la taxation.

II. L'ALCOOL

- Généralités

L'éthanol (C_2H_5OH) est un alcool de faible poids moléculaire ($PM=46$), soluble dans l'eau, inflammable, agressif pour les muqueuses et de goût désagréable. Il ne peut être consommé que dilué sous forme de boissons alcooliques dont les propriétés spécifiques (couleur, arôme, goût, pétillant) augmentent l'appétence pour le produit.

Une boisson alcoolique est définie par son degré alcoolique qui est le pourcentage en volume d'alcool. Le poids spécifique de l'alcool est de 0,8. A titre d'exemple, un litre de bière à 6 degrés contient 60 mL ou 48g d'alcool pur par litre.

Les alcoologues expriment souvent la consommation en « unité » ou « verres », en sachant que le contenu d'alcool des diverses boissons consommées dans les cafés contient environ 10g d'alcool pur.

Eléments de biochimie

L'éthanol est absorbé passivement par la muqueuse de l'intestin grêle (au niveau du duodénum et du jéjunum) et diffusé à la totalité de l'espace eau (70% du poids corporel chez les hommes et 60% chez les femmes).

L'élimination de l'alcool utilise des voies accessoires : rénale, pulmonaire et sudorale (1 à 2%) et une voie essentielle, métabolique : l'oxydation de l'alcool dont le siège est hépatique.

L'oxydation de l'alcool se fait en trois étapes :

- la première étape est la transformation de l'alcool en acétaldéhyde. Il existe trois voies métaboliques, l'une contrôlée par une alcoolodéshydrogénase, une autre par le MEOS (microsomal ethanol oxydizing system), une troisième par une catalase. La première voie est celle qui intervient le plus, la seconde interviendrait soit en cas de consommation aigue massive, soit en cas de consommation chronique, du fait de l'induction enzymatique induite par l'alcool sur certains cytochromes P450 (en particulier le P450 II E 1), éléments fondamentaux du MEOS. On a décrit récemment une alcoolodéshydrogénase présente dans la muqueuse gastrique, plus abondante chez les hommes que chez les femmes. Cette différence expliquerait partiellement le fait qu'à absorption identique d'alcool (rapportée au kg de poids corporel), le pic d'alcoolémie est plus élevé chez la femme que chez l'homme et, de ce fait, la plus grande toxicité de l'alcool observée chez la femme.
- La seconde étape est la transformation, grâce à une acétaldéhyde-déshydrogénase, de l'acétaldéhyde en acétate.
- La troisième étape est l'incorporation de l'acétate dans le cycle de Krebs.

La décroissance de l'alcoolémie dans le temps est le reflet de cette activité métabolique complexe. Le taux de décroissance de l'alcoolémie (exprimée en g/l/h) varie d'une personne à l'autre dans l'ordre de 1 à 4. Cette variabilité interpersonnelle a une double origine, génétique et environnementale. L'étude de couple de jumeaux a montré que les facteurs génétiques expliquaient la moitié de la variabilité interpersonnelle. Les facteurs environnementaux connus actuellement sont la consommation chronique d'alcool et l'action de certains

médicaments. Ni l'âge, ni le cycle menstruel ne modifient le taux de décroissance de l'alcoolémie.

Alcoolémie (19)

De nombreux facteurs influencent la vitesse d'absorption de l'alcool, cette dernière ayant une influence sur le pic d'alcoolémie.

L'éthanol est éliminé approximativement à 0,1 g/l par heure. La vitesse d'élimination de l'éthanol porte à conséquence puisqu'il faut par exemple 10 heures pour éliminer une alcoolémie de 1 g/l, intervalle de temps pendant lequel l'aptitude à la conduite ou à l'utilisation de machines est altérée.

L'alcoolémie dépend des facteurs qui accélèrent ou ralentissent l'absorption de l'alcool. Une absorption accélérée implique un pic d'alcoolémie plus élevé et atteint plus rapidement, à l'inverse d'une absorption ralentie qui implique une alcoolémie maximale plus basse et atteinte plus lentement.

Facteurs accélérant l'absorption de l'alcool :

- estomac vide
- alcool peu concentré
- boissons chaudes
- grands volumes de liquides
- augmentation du tonus sympathique (stress)
- boissons sucrées
- boissons gazeuses

Facteurs ralentissant l'absorption de l'alcool :

- aliments gras
- alcool très concentré
- aliments épicés
- gastrite
- augmentation du tonus vagal (nausée, anxiété)
- cigarette

Certaines boissons cumulant ces facteurs qui accélèrent leur absorption, les rendent potentiellement plus dangereuses. Ainsi, les boissons très controversées actuellement, les premix, consommés majoritairement par les adolescents, contiennent 3 facteurs contribuant à leurs absorption rapide dans le sang : très sucrés, gazeux, peu concentré en éthanol.

Consommations à risque

Les individus ayant une consommation d'alcool excessive sont ceux qui dépassent les seuils suivants, définis par l'OMS :

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel et pris en dehors de situation à risque (conduite automobile, poste de sécurité en entreprise, association avec d'autres produits psychotropes...)
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres par jour en moyenne)
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne)

Boissons alcoolisées standard (équivalent d'un verre):

- 2,5 cl de digestif (45°)
- un alcopop
- 10 cl de champagne ou vin (12°)
- 2,5 cl de whisky ou autre alcool fort (45°)
- 25 cl de bière (5°)

Femmes et alcool (19)

Les femmes, à consommation égale, présentent des taux sanguin d'alcool plus élevés que les hommes, même si l'on tient compte de la différence de poids corporel. Ce phénomène s'explique par le fait que le rapport eau/graisse est inférieur chez la femme ; l'alcool se diluant dans un plus petit volume, il engendre des alcoolémies plus élevées. Par ailleurs, les femmes éliminant moins d'alcool au niveau de l'estomac (effet de premier passage gastrique), la proportion d'alcool absorbée est plus importantes chez elles que chez les hommes. Ces

particularités du métabolisme de l'alcool chez la femme s'expliquent en partie qu'elles sont plus sensibles aux effets néfastes de l'alcool sur la santé. Certaines femmes développent des cirrhoses d'origine éthylique avec des doses d'alcool habituellement considérées comme inoffensives chez les hommes. De même, certaines maladies spécifiques féminines comme le cancer du sein sont déjà favorisées par une consommation moyenne de 14 boissons alcoolisées par semaines. Pour les mêmes raisons, la dépendance à l'alcool et les problèmes associés comme les atteintes du foie et du cerveau surviennent plus rapidement et ont une évolution plus vite défavorable chez les femmes.

- Interactions alcool-médicaments

L'existence d'interférences entre l'alcool et de nombreux médicaments a été observée depuis longtemps. On distingue :

- les interactions liées à une intoxication alcoolique aiguë
- les modifications d'activité des médicaments chez l'alcoolique chronique

Nous envisagerons successivement :

- les principaux mécanismes d'interactions
- les différents médicaments responsables d'interactions
- les précautions à prendre avec les médicaments
- les médicaments contenant de l'alcool

Principaux mécanismes d'interactions

Deux mécanismes principaux interviennent dans les interactions entre l'alcool et les médicaments (9):

- les interactions pharmacologiques
- les interactions métaboliques

Ces interactions peuvent être dues à l'alcool éthylique lui-même ou aux substances entourant l'alcool et contenues dans la boisson considérée.

L'effet de ces substances congénères n'est pas négligeable ; citons la possibilité de :

- réactions hypertensives avec les IMAO lors de l'ingestion de certains vins contenant de l'histamine ou de la tyramine

- potentialisation des barbituriques par les acides phénols cinnamiques contenus dans certains vins rouges
- le déséquilibre de la flore intestinale provoquée dans les levures.

Interactions pharmacologiques :

Elles dérivent directement des propriétés physiologiques de l'éthanol.

Interactions métaboliques :

Elles interfèrent au niveau du métabolisme hépatique de l'alcool.

- Au niveau du système de l'alcool déshydrogénase : exemples : la phenformine, biguanide antidiabétique, la chlorpromazine.
- Au niveau de l'aldéhyde déshydrogénase : l'accumulation d'acétaldéhyde provoquée par l'ingestion d'alcool en présence de disulfirame est responsable des réactions bien connues utilisées dans la prévention des rechutes. Une action inhibitrice de l'acétaldéhyde déshydrogénase a également été mise en évidence pour d'autres médicaments : sulfamides hypoglycémiantes, quinacrine, chloramphénicol, furazolidine, griséofulvine, métronidazole. Elle peut expliquer la symptomatologie de type antabuse parfois observée lors de la prise d'alcool simultanément à ces médicaments.
- Au niveau du système microsomal d'oxydation de l'éthanol (MEOS) : l'intoxication alcoolique chronique aurait pour conséquences l'induction simultanée du MEOS et des systèmes enzymatiques intermédiaires dans le métabolisme des médicaments. Cette induction serait responsable de l'accélération du métabolisme de certains médicaments tels le méprobamate, la diphenylhydantoïne, l'antipyrine, la tolbutamide. Elle pourrait expliquer la tolérance de l'alcoolique à de nombreux médicaments. A l'inverse, la prise régulière de médicaments inducteurs enzymatiques pourrait modifier la vitesse d'oxydation microsomale de l'éthanol et provoquer l'accélération de la vitesse d'élimination sanguine de l'alcool.

- Au niveau du système peroxydase-catalase : l'allopurinol qui inhibe la xanthine oxydase risque de bloquer partiellement l'épuration de l'éthanol.

En pratique :

- en cas d'intoxication alcoolique aiguë, il y a compétition pour le catabolisme hépatique de l'alcool et de certains médicaments. La substance qui aura une affinité moindre pour l'enzyme sera dégradée moins vite. En général, cette compétition est en faveur de l'éthanol, il y a augmentation des concentrations sanguines et donc accentuation des effets des médicaments.
- En cas d'intoxication alcoolique chronique, l'induction du système enzymatique MEOS entraîne une accélération du métabolisme hépatique du médicament, donc une diminution de son action.

Les différents médicaments responsables d'interactions

Médicaments psychotropes

L'interaction des médicaments psychotropes avec l'alcool est une véritable synergie potentialisatrice au niveau des récepteurs ou des membranes du système nerveux central. Les effets centraux de cette association alcool-psychotropes sont d'un point de vue pratique particulièrement grave, notamment avec :

- les anxiolytiques
- les antidépresseurs
- les neuroleptiques
- les barbituriques

Anesthésiques

Concernant les éventuelles interactions, elles concernent essentiellement les terrains d'alcoolisme chronique avec tableaux de cirrhose, de dénutrition, de cardiopathie alcoolique.

Il s'agit de situations concernant exclusivement les adultes et ne seront pas développées dans ce travail.

En revanche, chez le malade en état d'intoxication alcoolique aiguë, les principaux risques sont représentés par l'inhalation de liquide gastrique, l'hypoglycémie, l'acidose, l'hypophosphorémie que l'on préviendra.

Autres médicaments

Parmi les autres médicaments avec lesquels l'alcool peut agir citons les anticoagulants oraux, la phénytoïne, l'acide acétyl salicylique, les drogues antihypertensives ou les antidiabétiques oraux (sulfamides et biguanides), même si ces derniers ne sont pas rencontrés chez les jeunes, certains peuvent parfois faire partie d'un traitement en raison d'une pathologie chronique.

En conclusion, les interactions les plus importantes en pratique sont celles qui existent entre l'alcool et les médicaments psychotropes. Il s'agit de substances parfois associées par les adolescents, et nécessitent une surveillance toute particulière.

- Complications liées à la consommation chronique d'alcool

Complications hépato-gastro-entérologiques

- les gastrites alcooliques : l'action agressive de l'alcool sur la muqueuse gastrique est certaine, notamment à jeun. L'ingestion d'alcool détermine au niveau des muqueuses gastriques et bulbaires des lésions de congestion vasculaire, d'infiltration inflammatoire de la muqueuse, des aspects pétéchiiaux ou de gastrite hémorragique. A souligner que l'ingestion massive d'alcool peut entraîner une gastrite aiguë hémorragique ou non se manifestant par un syndrome douloureux épigastrique avec nausées et vomissements, avec parfois une hématemèse. Les lésions sont en général régressives spontanément. Cette pathologie peut parfois toucher des adolescents lors d'importantes consommations de boissons alcoolisées.



- Les cancers de l'oesophage, de l'estomac, ou ORL. L'association avec le tabac est extrêmement fréquente dans la survenue de ceux-ci ; l'alcool n'étant pas le seul élément carcinologique mis en cause.
- Les pancréatites chroniques ou aiguës
- Les complications hépatiques : stéatose, hépatite alcoolique aiguë, cirrhose
- Les hémorragies digestives ; varices oesophagiennes, ulcères, Mallory-Weiss
- Les hépatomes

Complications neuropsychiatriques

- la polynévrite, l'encéphalopathie de Gayet Wernicke, le syndrome de Korsakoff, l'encéphalopathie pseudo-pellagreuse (ou sine agra), la névrite optique rétro-bulbaire dans le cadre de manifestations carencielles.
- L'épilepsie, les atrophies et les syndromes cérébelleux alcooliques, les démences alcooliques, dues, en plus des carences, à la toxicité directe de l'alcool.
- Les hématomes sous-duraux chroniques, en rapport avec les troubles de la coagulation et la fragilité vasculaire chez les éthyliques chroniques, les AVC.
- L'encéphalopathie hépatique, d'origine métabolique, complication directe de la cirrhose.

Complications cardiovasculaires

- La cardiomyopathie alcoolique ; elle est due à une atteinte directe du cœur par l'éthanol.
- HTA ; de nombreuses études statistiques ont montré la relation indiscutable entre l'alcool et l'hypertension artérielle.

Autres

Nous citerons pour mémoire la dénutrition, les complications endocriniennes et sexuelles, ou encore infectieuses.

III. LE CANNABIS

Le cannabis ou chanvre est l'une des plantes les plus répandues sur le globe, grâce d'une part à sa faculté d'adaptation à tous les climats et à ses propriétés textiles, d'autre part et surtout grâce à ses propriétés stupéfiantes.

Les effets psychoactifs du chanvre sont dus au delta-9-tétrahydrocannabinol, communément appelé THC.

Le cannabis est considéré comme un hallucinogène, au sens où il peut produire à forte dose des effets psychodysleptiques, modification des perceptions, du cours et du contenu de la pensée, du comportement, des relations et de l'humeur.

Le chanvre est devenu un produit de consommation à usage récréatif depuis une quarantaine d'années, et sa popularité grimpe d'année en année. Il représente actuellement le produit psychoactif illicite le plus expérimenté et le plus consommé en France, dans l'Union Européenne (26) et dans le monde (27). Certains pays ont d'ailleurs déjà légiféré à son sujet, et la consommation de chanvre y est tolérée voire légalisée.

Partie des plantes utilisées :

Les parties du chanvre utilisées pour leurs propriétés psychoactives sont les sommités florales, les feuilles et même les tiges des pieds de femelles plus riches en principes actifs que les pieds mâles. La résine sécrétée par les poils glandulaires au niveau des sommités florales est aussi largement utilisée dans les préparations psychédéliques.

Formes distribuées et mode de consommation :

Le cannabis se présente principalement sous la forme de marijuana ou de haschich, parfois sous forme d'huile de cannabis.

Le haschich est la résine visqueuse produite par la plante. Il se présente sous forme de morceaux de couleur brune pâle ou noire, de consistance molle ou dure. Il est fréquemment fumé, seul ou mélangé au tabac ou à la marijuana, sous forme de cigarette (joint de hasch), à l'aide d'une pipe à eau ou plus rarement sous forme de cigare. Le haschich peut aussi être intégré dans des confiseries, gâteaux ou biscuits.

La marijuana est un terme mexicain employé initialement pour parler de tabac à bon marché, mais qui est venu à désigner certaines parties de la plante de cannabis. Elle est généralement de couleur verte ou brune et dégage une odeur caractéristique lorsqu'elle brûle. Son apparence ressemble à l'origan ou au thé haché. La marijuana est habituellement fumée sous forme de joint, dans une pipe à eau ou plus rarement sous forme de cigare. Elle est également parfois incorporée à des biscuits ou gâteaux.

Les huiles de marijuana ou de haschich sont des extraits de cannabis obtenus au moyen d'un solvant organique ou d'alcool, évaporé par la suite. Elles ont un aspect visqueux, brun-vert ou noirâtre et une odeur forte. Habituellement, elles sont déposées sur le papier à cigarette ou mêlées au tabac, puis fumées (27).

VU

NANCY, le 8 septembre 2006

Le Président de Thèse

Professeur P. MONIN

NANCY, le 9 octobre 2006

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 12 octobre 2006

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

La psychologie de l'adolescent nous permet de comprendre l'affect dépressif auquel il sera exposé, ainsi que les conduites de prise de risque, en particulier les consommations d'alcool ou de cannabis.

Pour illustrer notre travail, nous décrivons 13 cas cliniques d'intoxication éthylique aiguë chez des adolescents hospitalisés à l'hôpital Bel Air de Thionville en 2005, allant d'une simple alcoolisation, à un comportement pathologique avec troubles anxieux ou dépressif sous-jacent, échec scolaire, voire polyintoxication.

Les récentes études montrent que les consommations d'alcool et de cannabis ont tendance à se stabiliser voire régresser depuis 2001. Un fait cependant marquant est l'évolution du mode de consommation d'alcool avec une augmentation des phénomènes d'ivresse chez les adolescents français.

La prise en compte de l'expérience des jeunes en fonction de l'âge et du sexe, et la participation active de la famille dans les actions de prévention restent deux points forts à développer. Les nombreuses études d'évaluation des programmes de préventions semblent indiquer la nécessité d'une approche globale de prévention, les actions actuelles étant souvent centrée sur un produit.

TEENAGER AND ADDICTIONS, BEHAVIOUR WITH ALCOHOL AND CANNABIS

THESE: MEDECINE GENERALE – ANNEE 2006

MOTS CLEFS : Adolescent – addiction – alcool – cannabis

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex