

Motivations et facteurs de vulnérabilité



Motivations d'usage de drogues chez les jeunes

Ivana Obradovic, François Beck

Avant la fin de l'adolescence, la plupart des jeunes ont déjà expérimenté l'alcool, le tabac et, souvent aussi, le cannabis. Une part non négligeable a déjà un usage régulier d'un ou de plusieurs de ces produits. Ces consommations sont d'autant plus dommageables pour la santé qu'elles interviennent dans certains cas à un âge où la maturation du cerveau n'est pas terminée. Pourquoi les jeunes ont-ils, parfois dès l'adolescence, recours à l'usage de produits psychoactifs ? Pourquoi certains s'installent-ils dans une consommation régulière, alors que d'autres parviennent à contrôler leur usage ? Bien qu'elles constituent une priorité des pouvoirs publics, ces questions restent peu documentées en France, hormis quelques rares travaux, parcellaires, sur les représentations des jeunes (Aquatias 1999 ; Beck et al. 2014b ; Chabrol et al. 2004 ; INSERM 2014 ; Le Garrec 2002 ; Reynaud-Maurupt 2009).

Les études disponibles concluent de façon convergente que les conduites addictives sont aussi des pratiques sociales, reposant sur des opinions, des croyances et des perceptions. Elles soulignent également que les représentations et les attentes (positives ou négatives) à l'égard des produits psychoactifs déterminent les pratiques d'usage : elles présagent du niveau de diffusion des substances, mais aussi de leurs conséquences sanitaires et sociales. Enfin, elles montrent que les pratiques d'usage ont des significations particulières pour les consommateurs, notamment parce qu'elles satisfont des besoins qui méritent d'être bien compris pour pouvoir être pris en compte dans les stratégies de prévention.

Des pratiques de consommation « relationnelles »

Hormis pour ce qui concerne le tabac, les consommations de substances psychoactives tendent à diminuer à l'âge adulte. Avec la fin des études, l'accès au premier emploi, l'installation en couple, l'arrivée du premier enfant, les niveaux d'usage d'alcool et de cannabis baissent de manière significative (Richard et al. 2013). Dans ce sens, on peut considérer les usages de produits psychoactifs comme des expériences enchâssées dans un contexte social et un stade de la vie, qui peuvent se comprendre comme des tentatives d'ajustement à un environnement donné (familial, amical, éducatif, social) différenciées selon l'âge. À l'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, les expérimentations de produits font écho à une quête identitaire allant de pair avec la transformation des représentations, des goûts, des aspirations et des conduites : les jeunes cherchent leur voie, entre reproduction des comportements de leurs parents et de leurs pairs et tentatives de transgression diverses. Lors de la phase de transition vers la vie active et familiale, entre 18 et 25 ans, la consommation de produits peut au contraire correspondre à un besoin d'accéder facilement à la désinhibition et au plaisir (motifs

« hédoniques »), soit pour faciliter les relations sociales (les drogues comme « lubrifiant social » ou comme élément festif), soit pour oublier les contraintes et les difficultés du quotidien (recherche d'échappatoire). La consommation peut aussi être perçue comme une stratégie de régulation de l'anxiété et du stress (voire de la souffrance au travail) ou une forme « raisonnée » d'automédication, pour mieux dormir ou moins souffrir (INSERM 2014). Elle peut également être conçue comme un « facilitateur » pour surmonter un obstacle ou améliorer ses performances, notamment à travers les produits stimulants (Reynaud-Maurupt et al. 2007). Elle peut, enfin, être une pratique « par défaut », visant à rompre l'ennui ou à « passer le temps » (motif de « distraction ») (Kuntsche et al. 2006). Les consommations de produits psychoactifs à l'adolescence doivent aussi être envisagées comme des pratiques « relationnelles ».

Représentations des produits, attentes et motifs d'usage des jeunes usagers

Les nombreux travaux anglo-saxons qui ont exploré les attentes des adolescents en matière d'usage de substances établissent que les principaux motifs de consommation ont à voir avec le plaisir, l'accessibilité des produits et une représentation euphémisée des risques liés à l'usage (Akré et al. 2010 ; Amos et al. 2004 ; Menghrajani et al. 2005 ; Moore 2008 ; Wvill et Ives 2000). En effet, les adolescents se montrent peu sensibles aux risques sanitaires à long terme, qu'ils ont tendance à minimiser du fait d'une capacité de mise à distance (ou de déni) des effets délétères des drogues (Peretti-Watel 2005).

Les enquêtes en population générale menées en France corroborent ces résultats en illustrant la manière dont les usages de produits sont imbriqués à des modes de sociabilité différenciés selon l'âge. À l'instar des adultes, la majorité des adolescents boivent pour « faire la fête » (80 %). Une minorité boit de l'alcool pour se détendre ou compenser des difficultés familiales, scolaires ou amoureuses (moins de 5 %). Enfin, une proportion non négligeable boit dans la perspective de « se défoncer » (11 %) (Legleye et al. 2009). Les jeunes qui boivent pour résoudre un problème présentent un surrisque de consommer de façon problématique (Kuntsche et al. 2005) et de faire une tentative de suicide (Aseltine et al. 2009). La plupart du temps, les consommations d'alcool des adolescents ont cependant lieu dans un cadre festif. L'usage régulier d'alcool et les ivresses répétées sont fortement corrélés à la fréquence de sorties dans les bars ou dans des soirées entre amis. L'alcool joue souvent un rôle de catalyseur de la fête, de la « préchauffe » à la « montée » puis à l'ivresse, selon un rituel de consommation ordonné. D'une façon générale, les 15-30 ans se distinguent de leurs aînés par des consommations d'alcool moins régulières mais plus excessives, de façon particulièrement marquée depuis 2005, avec une stabilisation de la consommation quotidienne d'alcool à des niveaux très bas (2,5 %), associée à une augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes et des épisodes d'ivresse (Richard et al. 2013).

Les motifs de consommation de cannabis à la fin de l'adolescence sont eux aussi majoritairement festifs et associés à la recherche de convivialité (61 % des usagers), qui peut correspondre à une culture d'identification qui prône

l'usage de substances, les représentations culturelles étant très prégnantes à l'adolescence. Les motifs exprimés apparaissent plus variés que pour l'alcool : la « défonce » y figure en bonne place (38 %), ainsi que les motifs autothérapeutiques (régulation émotionnelle ou gestion de l'anxiété). Près d'un quart des adolescents (23 %) disent consommer du cannabis pour « se calmer », 18 % pour « mieux dormir » et 11 % pour « surmonter des difficultés ». Environ 14 % des adolescents fument des joints « par habitude », mais seulement 1 % se considèrent comme dépendants, ce qui contraste avec le sentiment de dépendance au tabac (rapporté par 34 % des adolescents) ou à l'alcool (7 %) (Legleye et al. 2009). Parmi les jeunes usagers réguliers de cannabis interrogés entre 15 et 29 ans et qui se considèrent comme des « habitués » de ce produit, plus des trois quarts déclarent consommer souvent pour se détendre (78 %), pour partager (74 %) ou pour faire la fête (65 %), tandis que une personne sur cinq déclare consommer le plus souvent pour lutter contre l'anxiété (22 %). Plus nombreux encore sont ceux qui déclarent consommer souvent ou toujours pour dormir (35 %), pour se défoncer (30 %) et par habitude (45 %). Contrairement aux usagers plus occasionnels, la plupart des usagers réguliers consomment assez souvent, voire toujours, seuls (86 %) (Reynaud-Maurupt 2009).

Les motifs d'usage du tabac apparaissent encore plus diversifiés : 47 % des adolescents déclarent fumer par habitude, 34 % se disent dépendants, 31 % fument pour « se calmer » ou « mieux dormir » et 25 % pour « faire la fête » (Legleye et al. 2009).

Ainsi, de ces trois produits qui constituent les principales consommations parmi les jeunes, l'alcool est celui dont les motivations d'usage sont le moins équivoques : elles sont massivement tournées vers les moments collectifs de fête et de partage, sauf pour une fraction de consommateurs qui recourent à l'alcool à des fins de régulation émotionnelle.

S'agissant des médicaments psychotropes, les motivations de consommation des jeunes en dehors du cadre médical peuvent relever de la curiosité, de l'automédication face à une douleur physique ou morale, du désir de « faire la fête », ou encore de réussite au niveau scolaire ou académique, afin de répondre aux injonctions de performance ressenties (Milhet et Langlois 2016). Cependant, le motif de la « défonce » est très présent parmi les plus jeunes. En effet, alors que l'usage de médicaments psychotropes augmente avec l'âge, le mésusage est maximal parmi les plus jeunes usagers de drogues et diminue avec l'âge, de même que le polyusage. Ainsi, parmi les jeunes usagers de moins de 25 ans les plus précarisés, interrogés au sein des CAARUD en 2006, environ 70 % déclaraient consommer des benzodiazépines « pour se défoncer », alors qu'ils représentent la moitié à partir de 34 ans, les usagers plus âgés étant davantage animés par une recherche d'automédication, en particulier la gestion de la douleur (INSERM 2012).

Ivresses et « alcool-défoncé » : un nouveau paradigme de consommation en Europe ?

Alors que les jeunes sont de mieux en mieux informés des risques associés aux consommations excessives (notamment du risque de dépendance), les comportements d'alcoolisation intensive apparaissent en hausse. Comment rendre compte de ce paradoxe ? Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) témoignent souvent d'une recherche d'ivresse et de perte de contrôle : l'objectif revendiqué est de perdre pied en buvant « un maximum d'alcool en un minimum de temps dans le seul but de se soûler, se mettre à l'envers, se mettre minable, se déchirer » (Rigaud 2008). Des initiations aux premières ivresses, puis aux soirées de fête de fin de semaine (associées à l'ivresse entre amis), les adolescents se retrouvent autour de boissons au marketing souvent attractif, sous la forme notamment de *ready to drink* (incluant prémix, alco-pops...), facilement appropriables à un âge marqué par des phénomènes identificatoires et de reconnaissance mutuelle (Gallopel-Morvan 2008). Cette évolution n'est, d'ailleurs, pas spécifique à la France. Les consommations d'alcool des adolescents empruntent les mêmes répertoires dans différents pays européens. Des *bottelón* espagnols (regroupements de jeunes dans la rue pour consommer de l'alcool) aux *spring breakers* américains (périodes de relâche au cours de laquelle les étudiants n'ont ni cours ni devoirs qui peuvent donner lieu à des épisodes d'alcoolisation massive), on retrouve, dans différents pays occidentaux, et dans tous les milieux sociaux, ce phénomène d'alcoolisation collective le week-end, en particulier chez les jeunes majeurs (18-25 ans), qui s'étend parfois aux soirées de semaine. Les motivations à boire sont similaires chez les adolescents de tous pays : les motifs de sociabilité et l'envie de s'amuser priment sur la volonté d'oublier les problèmes de la vie quotidienne et la pression du groupe, quoique dans des proportions variables selon les pays. Aussi les jeunes Suisses se révèlent-ils moins soumis à la pression du groupe que les jeunes d'Amérique du Nord, tandis que les motifs de sociabilité, de renforcement et de maîtrise culminent chez les Canadiens et les Américains. Néanmoins, il existe une forte similitude des motivations à boire de l'alcool parmi les adolescents occidentaux (Kuntsche et al. 2008).

Significations particulières prêtées aux consommations : pistes pour une typologie des usagers ?

Les circonstances d'usage constituent ainsi un indicateur témoignant de la fonction prêtée au produit psychoactif, mais aussi de ses dangers potentiels. Les données existantes montrent qu'il convient de distinguer les usages festifs des usages autothérapeutiques, qui constituent un facteur de risque d'usage problématique. De même, les consommations solitaires ou en semaine, rares à 17 ans, doivent être prises au sérieux. Qu'elles concernent l'alcool ou le cannabis, elles sont en effet plus fréquemment associées à des profils d'usage problématique, alors que les usages collectifs, sans être anodins, correspondent

davantage à des motivations d'usage orientées vers l'intégration dans des codes de sociabilité adolescente, qui valorisent les nouvelles expériences, le partage (faire tourner un joint), la transgression (son statut illicite étant « attractif ») et l'entre-soi adolescent (Le Garrec 2002).

Concernant plus particulièrement le cannabis, il a été montré que les facteurs incitant à rechercher une aide à 17 ans sont fortement associés aux motivations d'usage : l'usage à des fins d'automédication, assorti d'un sentiment de dépendance, ainsi que le fait de se sentir concerné par les effets de son propre usage de cannabis jouent comme des éléments déclencheurs de la demande d'aide (Obradovic *et al.* 2013).

D'une façon générale, en termes de prévention, pour éviter les problèmes de santé et les dommages sociaux associés aux produits psychoactifs (comportements sexuels à risque, violences, accidents de la route, pertes de motivation...), les recommandations cliniques validées consistent à : retarder le plus possible l'âge de la première consommation; limiter les épisodes de consommation intensive (quelles que soient les circonstances) ; éviter toute prise de risque sous l'influence de produits ; garder en tête que les produits psychoactifs altèrent les perceptions ; ne jamais conduire avec des facultés affaiblies ; ne pas hésiter à demander de l'aide en cas de difficulté. La connaissance des motivations d'usage constitue un socle utile pour agir sur les comportements (voir chapitre « Prévenir les conduites addictives », p. 129). Les leviers d'intervention validés par la littérature scientifique ont à voir avec le renforcement de l'implication scolaire, du réseau social de soutien (CCLAT 2009) et l'amélioration des relations au sein de la famille et avec des adultes référents (Vitaro *et al.* 2000). À ce stade des connaissances, les programmes démontrés comme efficaces excluent les mesures de contrôle, qui comportent souvent des effets pervers (Craplet 2006 ; Paglia et Room 1999), et encouragent des actions de prévention visant le développement des compétences psychosociales, telles que la résolution de problèmes, la prise de décision, la communication et l'estime de soi (Botvin et Griffin 2007 ; Hawks *et al.* 2002 ; Roberts *et al.* 2001 ; Springer *et al.* 2004). Leur impact est solidement documenté, en particulier lorsque l'action de prévention est réalisée pour partie au sein du milieu familial, en s'attachant à favoriser la communication et la discipline (Vitaro *et al.* 1999). Pour développer l'estime de soi ainsi que le sentiment d'accomplissement et de responsabilité, d'autres programmes de prévention, dits « alternatifs », proposent des activités dans un environnement sans consommation (participation à des sports ou aux arts) : sans aborder directement la consommation de produits, ils présentent néanmoins l'avantage d'atteindre des jeunes difficilement accessibles par l'école et s'avèrent particulièrement efficaces auprès des élèves plus âgés pour qui le développement et l'acquisition de compétences sont une stratégie moins probante (Roberts *et al.* 2001).

Addiction et usages problématiques : facteurs de risque, facteurs de protection

Agnès Cadet-Taïrou, Anne-Claire Brisacier

Avec l'avancée en âge, une grande majorité de jeunes ayant consommé des drogues, qu'il s'agisse d'alcool, de tabac, de cannabis ou d'autres substances illicites, abandonneront leurs usages. Une part de ces jeunes va en revanche connaître des conduites addictives. Or tous ne présentent pas la même vulnérabilité face à cette éventualité, modulée par la combinaison de facteurs de risques et de facteurs de protection. Si l'accessibilité aux produits psychoactifs joue un rôle certain dans les consommations (voir chapitre « L'accessibilité », p. 100), l'environnement le plus direct du jeune, qui détermine la norme sociale à laquelle se conformer, apparaît déterminant dans le développement des usages et leur poursuite jusqu'à l'addiction. Durant l'adolescence, période qui porte en soi un certain nombre d'éléments de vulnérabilité, tels que la recherche du risque (voir chapitre précédent, p. 78) (Jeammet 2016 ; Karila et Reynaud 2016), la conjonction des caractéristiques personnelles innées et liées à l'histoire de vie, à l'environnement familial et social prédisposera ou non l'adulte en devenir à développer un usage problématique.

Les prédispositions génétiques

Les facteurs génétiques contribueraient de manière significative au risque de développer une addiction en entraînant des variations des réponses neurobiologiques à la prise de produits selon les personnes (INSERM 2014 ; Wohl et Gorwood 2016). Les gènes impliqués sont nombreux, en partie variables selon les produits, et affecteraient les systèmes dopaminergique, glutamatergique, opioïde, cannabinoïde, GABAergique, sérotoninergique (voir chapitre « Vulnérabilité et conséquences sanitaires », p. 87). Ces facteurs génétiques interagissent en outre avec des facteurs environnementaux et les événements de vie, en particulier via le stress, par des mécanismes épigénétiques qui vont moduler l'expression des gènes¹. Ils ne peuvent en outre déterminer isolément la survenue d'une addiction, phénomène largement plurifactoriel.

La vulnérabilité psychologique ou psychiatrique

Cette vulnérabilité peut relever elle-même de l'interaction entre prédispositions génétiques et influence de l'environnement.

Plusieurs traits de personnalité sont plus fréquemment retrouvés chez les jeunes présentant des consommations problématiques : la mauvaise estime de soi et le manque de confiance en soi, les réactions émotionnelles excessives, la difficulté à réagir face à certains événements, à avoir des rela-

1. Modifications de l'expression des gènes, induites par l'environnement et le parcours individuel et potentiellement transmissibles à la descendance.

tions stables et à résoudre les difficultés interpersonnelles (Karila et al. 2016). D'autre part, chez la personne jeune, l'impulsivité, la recherche de nouveauté et de sensations, un faible évitement du danger constituent également des facteurs de risques (Segawa et al. 2016). Enfin, certains troubles de la personnalité², par exemple de type « personnalité antisociale »³ ou « borderline », peuvent favoriser l'entrée dans des comportements addictifs ou d'abus (Karila et al. 2016 ; Segawa et al. 2016).

Les troubles anxieux ou dépressifs et ceux de l'attention avec hyperactivité, pas toujours diagnostiqués, sont des éléments particulièrement favorisants. Les troubles des conduites alimentaires augmentent également le risque de développer un usage pathologique de substances. Les produits peuvent alors être utilisés de manière autothérapeutique, mais viennent également aggraver le cours de la maladie (INSERM 2014 ; Karila et al. 2016).

D'une manière générale, un usage problématique peut accompagner un mal-être lié à la confrontation ancienne ou actuelle à des événements de vie stressants (décès d'un parent, abus, maltraitance ou négligence dans l'enfance, vulnérabilité économique importante, rupture ou difficultés amoureuses, pathologie somatique...) ou aux difficultés à répondre aux enjeux de l'adolescence (Jeammet 2016). Ce lien a en effet été largement démontré sur le plan statistique (Hawkins et al. 1992 ; Stone et al. 2012) et s'incarne dans la figure du jeune en errance, polyusager de drogues (voir chapitre « Usages problématiques et vulnérabilités sociales », p. 65).

Les déterminants sociaux

L'entrée et l'installation dans des consommations régulières ou problématiques apparaissent plus fréquentes lorsque les adolescents connaissent une situation sociale défavorable. Si les jeunes issus des milieux les plus favorisés expérimentent les substances plus fréquemment (alcool, cannabis) que leurs alter ego issus de milieux modestes, ils évoluent moins souvent vers des usages fréquents ou intensifs d'alcool et de tabac ou des usages problématiques de cannabis (INSERM 2014 ; Spilka et al. 2010). La « préférence pour l'avenir » (Shiffman et al. 2004) les amène, semble-t-il, à maintenir leurs usages à un niveau n'altérant pas leurs performances scolaires en vue des études supérieures. Les jeunes des milieux populaires ou ruraux (Grelet et Vivent 2011), moins souvent engagés dans une scolarité longue, auraient à l'inverse plus fréquemment des difficultés à se projeter dans l'avenir (INSERM 2014). La déscolarisation (à un moindre degré le redoublement et l'inscription en filière professionnelle) est un facteur de risque et ce d'autant plus fortement que l'adolescent est issu d'un milieu social favorisé (INSERM 2014). D'une manière plus générale, l'insertion sociale, l'investissement dans une activité, estudiantine ou professionnelle, sont des facteurs protecteurs.

2. Selon le DSM 5, un trouble de la personnalité est « un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement ». De simples traits de caractères ne constituent pas un trouble de la personnalité.

3. Pour la description de ces différents troubles se reporter au DSM 5 ou à l'article de Jean Cottraux (Cottraux 2013).

Les déterminants familiaux

Outre l'aspect socio-économique, la dynamique du milieu familial (harmonie parentale, relations parents-adolescents, attachement à la famille durant l'adolescence) joue un rôle primordial, protecteur lorsqu'elle est favorable. Ainsi, la communication parentale et un niveau suffisant de supervision des adolescents par les adultes sont des facteurs de protection (Hawkins *et al.* 1992 ; Stone *et al.* 2012). À l'inverse, une mauvaise qualité des relations parents-enfants et un « étayage parental » faible (Lafaye 2016), en lien avec une éducation trop permissive ou à l'inverse excessivement autoritaire, constituent des facteurs de risque (Hawkins *et al.* 1992 ; Stone *et al.* 2012). Les adolescents vivant avec un seul de leur parent ou ayant des parents séparés ont des consommations de substances psychoactives plus élevées que les autres (Hawkins *et al.* 1992 ; Spilka *et al.* 2015d ; Stone *et al.* 2012). Ce lien ne signifie pas nécessairement une relation directe de cause à effet, mais la présence plus fréquente de facteurs de risques communs à ces différentes situations (difficultés socio-économiques, abandon par l'un des parents...). D'autres adultes que les parents peuvent néanmoins également jouer un rôle. Enfin, une attitude des parents favorable à l'usage des drogues est un facteur de risque d'initiation à un âge précoce.

Les études qui se sont penchées sur la transmission générationnelle des addictions montrent que le risque de dépendance est 2 à 3 fois supérieur chez l'adolescent lorsqu'il existe des antécédents d'abus d'alcool dans la famille ou lorsque l'un ou les deux parents sont fumeurs de tabac. Pour le cannabis, le risque d'une dépendance de l'adolescent serait double lorsque les parents sont consommateurs (INSERM 2014 ; Lafaye 2016). Les enfants de parents dépendants à d'autres drogues illicites ont eux aussi une plus forte probabilité de souffrir d'une pathologie addictive (Hawkins *et al.* 1992 ; INSERM 2014 ; Stone *et al.* 2012).

Cette transmission intergénérationnelle des conduites addictives est expliquée par des facteurs génétiques ou épigénétiques, par l'influence directe de la co-occurrence de difficultés sociales, familiales et psychologiques, par une plus grande accessibilité des produits consommés par les parents et par des facteurs psychologiques tels qu'un regard positif vis-à-vis de la consommation de drogues (INSERM 2014). Enfin, l'exposition prénatale aux produits psychoactifs peut être à l'origine de troubles du comportement ou des apprentissages dès l'enfance qui vont favoriser la survenue d'un trouble addictif à l'adolescence (INSERM 2014).

Le contexte de l'adolescence et des premières consommations

La précocité du premier usage apparaît comme un facteur favorisant ou du moins comme un marqueur de risque de la persistance de cet usage, de son devenir problématique, ou du passage à la consommation d'autres produits (voir article « Le mythe du rajeunissement des usages », p. 45). Cette précocité pourrait être le symptôme d'une situation de vulnérabilité psychosociale, qu'il s'agisse de comorbidité psychiatrique, de rupture sociale ou d'un goût

pour les prises de risque... Elle pourrait également favoriser la survenue de difficultés ultérieures en altérant le processus de maturation cérébrale ou en perturbant la scolarité. La consommation répétée précoce de cannabis (avant l'âge de 15 ans), en particulier, est ainsi clairement identifiée comme susceptible d'altérer les capacités d'apprentissage. La précocité des usages pourrait également favoriser l'expression de la vulnérabilité génétique aux conduites addictives (Wohl *et al.* 2016).

Surtout, le groupe de pairs occupe une position centrale à l'adolescence dans la mesure où il fixe la norme au quotidien. Selon qu'il incitera à consommer, à maîtriser ses consommations ou à ne pas consommer de substances psychotropes, il constituera un facteur de risque ou de protection pour l'adolescent ou le jeune adulte (Lancial 2011 ; Reynaud-Maurupt et Hoareau 2010). Le rôle des membres du groupe apparaît ainsi primordial dans l'élaboration de limites aux consommations, le contrôle mutuel et le recadrage éventuel de celui qui transgresse, en particulier dans les espaces où les substances sont facilement accessibles, tels que les milieux festifs (Lancial 2011). Cependant, l'adolescent qui consomme pourra rechercher un groupe de pairs plus en phase avec ses pratiques, limitant de ce fait son effet protecteur. Le réseau relationnel proche de l'adolescent va également jouer un rôle direct dans l'accès au produit, en particulier pour les jeunes filles lorsque le compagnon a une activité de deal (Reynaud-Maurupt *et al.* 2010).

Le genre

Enfin, entre génétique et construction sociale, le genre masculin constitue un facteur de vulnérabilité largement partagé pour l'ensemble des consommations de substances psychotropes, à l'exception du tabagisme quotidien à la fin de l'adolescence et des usages de médicaments psychotropes. Plus l'usage s'intensifie ou devient problématique, plus la part des garçons augmente (Spilka *et al.* 2015d).

Vulnérabilité des plus jeunes et conséquences sanitaires

Thomas Néfau, Anne-Claire Brisacier

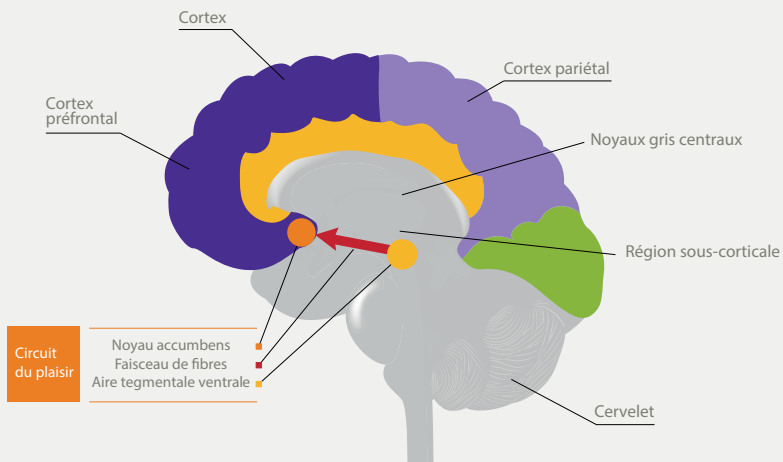
La poursuite du développement du cerveau durant l'adolescence rend les jeunes particulièrement vulnérables aux substances psychoactives mais aussi à la tentation de les consommer. De plus, la prise de risques et la recherche de sensations fortes sont inhérentes à cette période. De nombreuses études s'attachant à explorer l'activité des drogues sur le cerveau ont pu montrer des différences entre adolescents, jeunes adultes et adultes. Après une présentation synthétique des changements cérébraux survenant à l'adolescence, l'impact à court terme sur la santé de cinq substances parmi les plus consommées chez les jeunes (alcool, tabac, cannabis, cocaïne et MDMA) sera détaillé, notamment au niveau du cerveau, organe encore en construction et particulièrement fragile face à ces substances. Les troubles somatiques sur le long terme seront aussi abordés. Bien que non spécifiques à l'usage chez les jeunes, ils ont tendance à survenir plus tôt en cas de consommation précoce. Enfin, lorsque des associations sont mises en évidence entre l'usage de substances et la survenue de troubles, notamment mentaux, il n'est pas toujours aisé de prouver un lien causal. L'usage de substances prédispose-t-il au développement de ces troubles ? Les personnes atteintes de ces troubles utilisent-elles les substances pour atténuer leurs symptômes ? Ou existe-t-il des facteurs de risques communs à l'usage de substances et à ces troubles (Hall *et al.* 2016b) ?

Le cerveau, un organe qui évolue

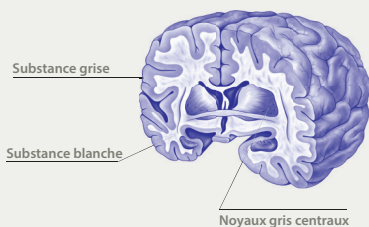
Le cerveau est un organe qui change, se module, évolue au cours de la vie. Les modifications peuvent se produire à l'échelle moléculaire, par exemple dans l'expression de certains gènes, mais également cellulaire. Les neurones, ces cellules qui sont schématiquement les canaux de transmission de l'information, peuvent se transformer en fonction des stimuli externes mais également durant la croissance. Ce processus de plasticité neuronale intervient à tout âge mais de façon plus importante lors des phases d'apprentissage, c'est-à-dire de l'enfance à l'entrée dans l'âge adulte. Ainsi, pendant l'adolescence, s'il y a rencontre avec les drogues, le cerveau, encore en transformation, est plus vulnérable aux molécules qui vont venir perturber son équilibre.

Les changements structurels, neurobiologiques et neurochimiques sont nombreux dans le cerveau des adolescents et jeunes adultes. Un des changements majeurs est la réorganisation entre la substance grise et la substance blanche. Alors que le volume et la densité de la substance grise vont diminuer à la suite d'une perte de connexions neuronales superflues (Jernigan *et al.* 1991 ; Ostby *et al.* 2009), le volume de substance blanche va quant à lui augmenter, conséquence d'un accroissement du diamètre des gaines de myéline qui entourent

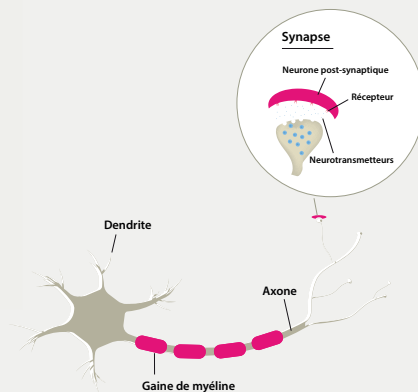
Schématisation des structures du cerveau et du circuit neuronal du plaisir



Coupe frontale du cerveau



Le neurone et la synapse



Le circuit neuronal de la récompense et du plaisir est essentiellement formé des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale (ATV), du noyau accumbens et d'un faisceau de fibres reliant ces deux éléments. Cependant, d'autres systèmes sont impliqués dans la sensation de plaisir liée à la prise de produit ainsi que dans les mécanismes de l'addiction, comme le système opioïde ou les systèmes excitateur glutamatergique et inhibiteur GABAergique. Les drogues ont une action directe sur les récepteurs en lien avec ces systèmes, comme la cocaïne sur les neurones monoaminergiques (dopaminergiques, noradrénergiques et sérotoninergiques), l'héroïne sur les récepteurs endogènes aux opiacés, le THC du cannabis sur les récepteurs aux endocannabinoïdes, la nicotine sur les récepteurs nicotiques ou encore l'alcool sur les neurones GABAergiques. C'est pourquoi elles vont toutes activer le centre du plaisir et potentiellement entraîner un risque d'addiction.

les axones, permettant une plus grande vitesse de transmission des signaux primordiaux (Paus 2010). Ces modifications nécessaires au renforcement des connexions neuronales essentielles ont principalement lieu au niveau du cortex préfrontal, pariétal et des noyaux gris centraux qui jouent un rôle dans les fonctions exécutives, le traitement sensoriel et la motivation (Giedd *et al.* 1999 ; Sowell *et al.* 1999). Les différences de changements structurels entre la région sous-corticale impliquée dans les émotions et le système de récompense, ainsi qu'entre la partie du cortex jouant un rôle dans l'exécution des tâches et le système de contrôle des impulsions peuvent entraîner une augmentation du comportement de prise de risques (Casey *et al.* 2011 ; Smith 2013).

Au-delà de la vulnérabilité, une étude portant sur l'addiction chez l'adolescent a montré que, lors d'une stimulation (au jeu dans cette étude), la réponse du noyau accumbens (système stimulant) est plus forte que la réponse de l'amygdale (système inhibiteur). Il existe donc un déséquilibre entre stimulation et inhibition liées au plaisir chez l'adolescent (Ernst *et al.* 2005).

L'alcool chez les jeunes : des effets sur la santé à court et à long terme

De nombreuses études montrent que la consommation d'alcool pendant l'adolescence entraîne davantage de risques de neurotoxicité qu'à l'âge adulte. De plus, les jeunes se démarquent par une consommation d'alcool moins régulière que celle des adultes, mais plus importante lors d'une même occasion. Cette consommation rapide et importante d'alcool jusqu'à l'ivresse est connue sous le terme de *binge drinking*¹. Des études ont montré des atteintes neurocognitives (déficit de mémorisation et dans les capacités d'apprentissage) chez les jeunes ayant des consommations massives et répétées, les filles étant plus vulnérables que les garçons (INSERM 2014). Ces consommations de quantités élevées d'alcool sont un facteur de risque important de troubles liés à la consommation d'alcool (Wells *et al.* 2004). Des études sur l'animal montrent par ailleurs qu'elles altèrent les mécanismes de la plasticité neuronale (Spear 2014). La consommation régulière d'alcool entraîne également une diminution du volume de matière blanche dans plusieurs régions du cerveau (Bava et Tapert 2010), dont l'accroissement est une étape importante du développement du cerveau chez l'adolescent. De plus, l'alcool agit sur de nombreux circuits neuronaux fortement impliqués dans le développement du cerveau à l'adolescence² (Paus *et al.* 2008 ; Spear 2014). Enfin, les consommations chroniques chez les adolescents, particulièrement lorsqu'elles sont très précoces, entraînent également plus de risques de développer des troubles de la consommation incluant la dépendance (Chassin *et al.* 2002). Le lien entre ces usages chroniques et des changements au niveau du noyau accumbens a pu être mis en évidence (Alaux-Cantin *et al.* 2013).

Au niveau somatique, les effets à long terme surviennent après des décennies si les consommations initiées à l'adolescence persistent à l'âge adulte.

1. Ce comportement est approché en épidémiologie par l'indicateur d'alcoolisation ponctuelle importante (déclarer avoir bu au moins 5 verres en une seule occasion).

2. Plus particulièrement deux types de récepteurs, GABA et NMDA, liés respectivement aux systèmes inhibiteur et excitateur.

La consommation régulière d'alcool durant plusieurs années augmente le risque de développer de nombreux cancers, mais aussi des maladies cardiovasculaires, une cirrhose et un diabète (Hall *et al.* 2016b). L'OMS a défini des niveaux de risques faibles correspondant à une consommation de quatre verres par jour chez l'homme et deux chez la femme (WHO 2000). Certains pays proposent des seuils plus stricts. Ainsi, les recommandations australiennes sont de ne pas boire plus de deux verres standards d'alcool par jour pour réduire les risques en lien avec l'alcool au cours de la vie. Enfin, il est fortement recommandé que les enfants de moins de 15 ans ne consomment pas d'alcool et, pour les jeunes entre 15 et 17 ans, de retarder l'initiation aussi longtemps que possible (NHMRC 2009). En France, les recommandations en matière de consommation d'alcool font encore l'objet de vives discussions (Belgherbi *et al.* 2015 ; HCSP 2009). Par ailleurs, une forte consommation d'alcool est associée à une augmentation du risque de suicide, particulièrement chez les jeunes hommes dépressifs. Le rôle causal de l'alcool, qui pourrait augmenter les comportements suicidaires impulsifs, est possible, même si l'usage d'alcool peut être secondaire à un état dépressif sous-jacent (Hall *et al.* 2016b).

Le tabac, un produit très addictif

La nicotine est considérée comme une des substances les plus addictives. Elle augmente l'activité neuronale au niveau du noyau accumbens et des régions liées au circuit de la récompense. Cet effet est en outre plus marqué chez l'adolescent que chez l'adulte (Shearman *et al.* 2008). Ainsi, des études ont montré que l'animal au stade adolescent est plus répondant aux tests permettant d'évaluer le potentiel addictif d'une substance³ que les adultes (Torres *et al.* 2008). Par ailleurs, la consommation de tabac à long terme va affecter le système sérotoninergique, qui joue un rôle dans l'humeur et est particulièrement vulnérable au moment de l'adolescence, pouvant même impacter le circuit à vie (Slotkin et Seidler 2009 ; Slotkin *et al.* 2014). Il a ainsi été montré, chez l'animal, que la nicotine pouvait augmenter les états dépressifs lors du stade adolescent qui parfois ne peuvent être corrigés qu'à l'âge adulte par une consommation de nicotine ou un traitement par antidépresseurs (Iniguez *et al.* 2009). De plus, les jeunes qui consomment régulièrement du tabac et ont débuté avant 16 ans ont plus de risque de consommer d'autres produits psychoactifs (Hall *et al.* 2016b). Un test d'autoadministration de cocaïne chez l'animal au stade adolescent a montré que les sujets préalablement exposés, de façon chronique, à de faibles doses de nicotine appuyaient plus souvent sur le levier pour recevoir de la cocaïne que les sujets non exposés à la nicotine (McQuown *et al.* 2007).

Le tabac augmente le risque de nombreux cancers (notamment broncho-pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures), de maladies cardiovasculaires et de maladies respiratoires chroniques (Hall *et al.* 2016b). Le risque de cancer broncho-pulmonaire est davantage déterminé par la durée de l'exposition que par la quantité de tabac fumé. Ainsi, s'il y a poursuite du tabagisme à l'âge adulte, plus la

3. Il s'agit du test de préférence de place conditionnée. Ce test, en deux phases, est réalisé dans un espace comprenant deux compartiments distincts visuellement pour l'animal. La première phase correspond au conditionnement de l'animal. C'est le moment où la prise de drogue est associée à un des compartiments. Puis, lors de la deuxième phase, l'animal est libre et le temps passé par celui-ci dans chaque compartiment est mesuré.

consommation a débuté tôt, plus le risque d'avoir un cancer broncho-pulmonaire précocement est grand. Bien que moins sévères, les effets à court terme, tels que le vieillissement accéléré de la peau, la mauvaise haleine, le jaunissement des dents, la diminution des performances sportives ou les troubles de l'érection, peuvent être perçus par les adolescents comme graves ou contraires à leurs attentes (INSERM 2014).

Effet du cannabis sur la santé des jeunes

Un risque accru de dépendance, de troubles psychotiques et cognitifs à l'adolescence

L'exposition au cannabis durant l'adolescence, même à faible dose, peut entraîner des troubles cognitifs avec des risques d'apparition de troubles psychiatriques. Il peut notamment avoir des effets négatifs sur le volume de plusieurs régions du cerveau (hippocampe, amygdale, cervelet, striatum, insula, pôle temporal, cortex préfrontal), mais aussi sur la connectivité neuronale et la matière blanche (Lisdahl *et al.* 2014 ; Wrege *et al.* 2014). À l'adolescence, la quantité de récepteurs cannabinoïdes présents dans la matière blanche du cerveau est nettement plus importante qu'à l'âge adulte, ce qui provoque une plus grande vulnérabilité des jeunes fumeurs (Zalesky *et al.* 2012). Une étude sur des fumeurs de cannabis a pu mettre en évidence que fumer plus tôt et plus fréquemment a un impact plus important sur les performances cognitives et favorise l'impulsivité (Gruber *et al.* 2011). L'exposition au cannabis dès l'adolescence peut donc altérer le développement du cerveau et induire des changements neuropsychologiques durables. Même si la plupart des personnes consommant du cannabis ne deviennent pas dépendantes, les adolescents ayant une forte consommation ont un risque accru de développer une dépendance par rapport aux adultes. D'autre part, comme chez les fumeurs de tabac, la consommation d'autres substances illicites est plus fréquente parmi les jeunes usagers réguliers de cannabis (Silins *et al.* 2014).

La plupart des effets à court et à long terme surviennent chez les usagers ayant une consommation régulière (George et Vaccarino 2015 ; INSERM 2014). Le risque de troubles psychotiques est plus fréquent parmi les usagers réguliers de cannabis à l'adolescence, notamment en cas d'antécédents personnels ou familiaux (Goldberger *et al.* 2010 ; Large *et al.* 2011). Cependant, le lien entre l'usage de cannabis et la schizophrénie reste controversé. Il pourrait résulter de multiples facteurs interagissant entre eux, parmi lesquels une causalité directe, des interactions entre les gènes et l'environnement ou l'usage du cannabis en automédication face aux premiers symptômes de la schizophrénie. Si le cannabis n'est ni nécessaire, ni suffisant au développement de la schizophrénie, il peut en précipiter la survenue (Volkow *et al.* 2016).

L'usage régulier de cannabis à l'adolescence est associé à des troubles de l'attention, de la mémorisation, de l'apprentissage, à l'échec scolaire et au décrochage scolaire (Volkow *et al.* 2016). La réversibilité des effets nocifs au niveau cognitif du cannabis chez l'adolescent est encore discutée (George *et al.* 2015).

Effets du cannabis sur l'appareil cardio-vasculaire, respiratoire et digestif

Les autres conséquences à long terme du cannabis sur la santé n'ont pas été étudiées de manière spécifique chez les usagers ayant débuté leur consommation à l'adolescence.

La consommation de cannabis favorise la survenue d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux. Concernant ces derniers, les sujets les plus jeunes avaient une quinzaine d'années dans plusieurs séries de cas (Singh *et al.* 2012 ; Wolff *et al.* 2013).

Les fumeurs réguliers de cannabis rapportent plus fréquemment des symptômes de bronchite chronique que les non-fumeurs. Le risque de cancer broncho-pulmonaire et des voies aérodigestives supérieures associé à l'usage de cannabis est moins établi, la consommation de tabac fréquemment associée à celle de cannabis étant un facteur de confusion majeur (Volkow *et al.* 2014).

Le syndrome cannabinoïde associant des épisodes répétés de douleurs abdominales et de nausées a été décrit chez les consommateurs chroniques de cannabis (Bajgoric *et al.* 2015).

Les effets des stimulants (cocaïne et MDMA)

Lors de la maturation du cerveau, le système dopaminergique est particulièrement vulnérable aux perturbations externes, avec des conséquences à long terme sur le comportement et les pathologies associées comme l'addiction ou les troubles psychotiques. Ce système est une des cibles des stimulants tels que la cocaïne, et des études sur l'animal ont montré que les rats adolescents étaient en effet plus fragiles face à la cocaïne que les rats adultes (Wong *et al.* 2013). D'autres études ont mis en évidence que l'activation du système de récompense dopaminergique lors de la prise de cocaïne était plus sensible chez l'adolescent (Spear 2011). Enfin, au niveau moléculaire, il a été observé que, lors de la consommation de cocaïne, l'expression d'une protéine impliquée dans la plasticité neuronale du noyau accumbens (centre du plaisir) était augmentée de façon plus importante chez l'adolescent que chez l'adulte (Ehrlich *et al.* 2002).

Concernant la MDMA, une diminution de la densité des neurones sérotoninergiques (cible principale de cette substance) et de la densité des transporteurs de ce neurotransmetteur dans l'hippocampe et le cortex cérébral a été démontrée (Kish *et al.* 2010 ; McCann *et al.* 1998). La perte de ces transporteurs, impliqués dans la mémorisation, est une des hypothèses de la diminution des capacités de mémorisation chez les usagers réguliers de MDMA (McCann *et al.* 2008). D'autre part, une étude chez 33 usagers de MDMA, dont un premier groupe a commencé à consommer entre 14 et 18 ans et un second groupe entre 18 et 36 ans, a révélé, à partir d'images en tomographie par émission de positrons de leurs cerveaux, que cinq ans

après la première exposition, la densité des transporteurs de la sérotonine était plus affectée chez les sujets du premier groupe que chez ceux du second. Cela montre que la MDMA, par son action sur le système sérotoninergique, va perturber différemment les cerveaux en développement et les cerveaux matures (Klomp *et al.* 2012).

La consommation de cocaïne expose à des complications cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, troubles du rythme et de la conduction cardiaque) (Phillips *et al.* 2009) ou neurologiques (accidents vasculaires cérébraux) (Buttner 2012) qui peuvent être graves, avec des conséquences parfois mortelles, même dès la première prise de produit. Différents liens entre troubles psychiatriques et usage de cocaïne ont aussi été établis. Les usagers de cocaïne, d'autant plus que leur niveau de consommation est important, ont de fortes prévalences de troubles dépressifs et de troubles anxieux (respectivement 63 % et 45 % chez les usagers dépendants) (Conway *et al.* 2006). La cocaïne, comme d'autres substances psychoactives, peut induire des épisodes psychotiques aigus qui débutent quelques heures après la prise du produit et s'arrêtent environ 24 heures après la fin de la consommation (Roncero *et al.* 2012).

La survenue d'effets secondaires graves liés à la MDMA est rare mais peut être fatale. Le principal effet secondaire aigu est le syndrome sérotoninergique lié au relargage important de sérotonine dans le cerveau. Il associe les symptômes suivants : hyperthermie avec sudation, agitation, tachycardie et tachypnée. Cependant, bien que commun chez les usagers de MDMA, ce tableau clinique peut évoluer en fièvre, hyponatrémie, confusion, rigidité musculaire et convulsions pouvant entraîner le coma, voire la mort si la prise en charge est trop tardive. La neurotoxicité est l'effet à long terme potentiellement le plus important, avec une possible altération de la mémoire à court terme (Gowing *et al.* 2002).

Les surdoses mortelles chez les jeunes

Parmi les 243 surdoses mortelles signalées dans le registre spécifique des Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES) en 2014, un décès sur 4 est survenu chez un jeune de moins de 30 ans, et les trois quarts de ces jeunes étaient des hommes. Les substances en cause dans les surdoses mortelles sont principalement les opiacés licites ou illicites (méthadone et héroïne), puis la cocaïne. Enfin, bien que moins fréquents, des décès impliquant la MDMA/amphétamine ou le cannabis sont rapportés chaque année. Chez les femmes de moins de 30 ans, les opiacés sont presque exclusivement en cause (ANSM 2015). Chez les jeunes hommes, si les opiacés prédominent, des cas de décès impliquant la cocaïne et la MDMA/amphétamine sont aussi rapportés (ANSM 2015).



Alcool, cannabis et accidents de la route

La conduite sous l'influence de l'alcool augmente le risque d'accident d'un facteur 5 et, pour les jeunes âgés de moins de 21 ans, ce risque est multiplié par 27 (Peck et al. 2008). Le manque d'expérience en matière de conduite, conjugué à la consommation d'alcool, aboutit à un risque majeur d'accident chez les jeunes. Pour les conducteurs novices, le taux légal d'alcoolémie a été abaissé de 0,5 g/l à 0,2 g/l en juillet 2015 en France, équivalant à une interdiction de l'alcool au volant (voir carte p. 180).

Si le risque d'avoir un accident après avoir consommé du cannabis est multiplié par 2 (Hartman et Huestis 2013), l'association du cannabis à l'alcool conduit à un risque nettement supérieur, avec un facteur multiplicatif compris entre 11 et 14 selon les études (Biecheler et al. 2008 ; Hartman et al. 2013). En raison d'un nombre limité de conducteurs positifs aux amphétamines, à la cocaïne ou aux opiacés, l'enquête française Stupéfiants et accidents mortels (SAM) n'a pas permis de quantifier leurs effets propres sur le risque d'accident mortel (Laumon et al. 2011). Parmi les conducteurs positifs aux stupéfiants, près de neuf sur dix le sont au cannabis, un sur dix aux opiacés, un sur dix-sept aux amphétamines et un sur quarante à la cocaïne (Laumon et al. 2011).

Les adolescents sont particulièrement touchés par les accidents de cyclomoteurs et scooters : 38 % des 15-17 ans décédés sur la route en 2014 utilisaient ce mode de déplacement. L'alcool est souvent mis en cause dans ce type d'accidents : 32 % des cyclomotoristes impliqués dans un accident de la circulation étaient alcoolisés (ONISR 2015).

Parmi les 18-25 ans, 23 % des conducteurs impliqués dans les accidents mortels ont une alcoolémie illégale, contre 17 % tous âges confondus, et 22 % des 18-25 ans sont contrôlés positifs aux stupéfiants, contre 13 % de l'ensemble des conducteurs en 2014. Enfin, bien qu'ils ne représentent que 8 % de la population, les 18-24 ans contribuent à 17 % de la mortalité routière, première cause de mortalité dans cette tranche d'âge (ONISR 2015).

Suicide, santé mentale et usages de substances psychoactives chez les adolescents et jeunes adultes

Éric Janssen, Stanislas Spilka

En France, le suicide constitue la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans, représentant plus de 16 % des décès dans cette classe d'âge (source : CépiDc) (Observatoire national du suicide (ONS), 2016). Par ailleurs, en 2014, 10 % des adolescents âgés de 17 ans ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année, contre 5 % parmi les adultes. Prévenir les actes suicidaires en repérant de manière précoce les adolescents les plus fragiles est aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Parmi les principaux facteurs associés au suicide, la majorité des études soulignent les co-occurrences des troubles dépressifs et d'une consommation importante de substances psychoactives, en particulier chez les plus jeunes (Wilcox *et al.* 2004). Dans cette perspective, les enquêtes épidémiologiques telles que ESCAPAD et le Baromètre santé (voir Repères méthodologiques) offrent l'occasion de quantifier ce risque suicidaire parmi les adolescents et les jeunes adultes et d'en étudier le lien avec les troubles dépressifs et les usages de substances psychoactives.

Des différences hommes/femmes marquées

En 2014, un jeune de 17 ans sur dix déclarait avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête, et près de 3 % avaient déjà fait, au cours de leur vie, une tentative de suicide (TS) ayant nécessité une hospitalisation (tableau 1).

Les pensées suicidaires et plus encore les TS sont davantage le fait des filles. Elles sont en revanche relativement moins nombreuses que les garçons à avoir réitéré une tentative : parmi celles qui ont déjà fait une TS, 18 % déclarent l'avoir fait plusieurs fois, contre 30 % parmi les garçons. À 17 ans, environ la moitié des TS ont été commises avant l'âge de 15 ans (14 ans pour les garçons) et une tentative sur dix a eu lieu la première fois à 17 ans, c'est-à-dire dans l'année de l'enquête. Les pensées suicidaires sont bien plus communes en population adolescente que chez les jeunes

Tableau 1 - Pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 17-25 ans (%)

| | 17 ans | | | | 18-25 ans | | | |
|-----------------------------------|---------|--------|----------|-----------|-----------|--------|----------|-----------|
| | Garçons | Filles | Ensemble | Sex-ratio | Garçons | Filles | Ensemble | Sex-ratio |
| Pensées suicidaires | 7,5 | 13,3 | 10,4 | 0,57* | 3,6 | 3,4 | 3,5 | 1,05 ns |
| Tentative de suicide ¹ | 1,7 | 3,8 | 2,7 | 0,45* | 1,4 | 4,3 | 2,9 | 0,32* |

¹ Tentative au cours de la vie ayant entraîné une hospitalisation ; sex-ratio = % garçons/% filles.

* : indique une différence statistiquement significative entre garçons et filles.

Sources : ESCAPAD 2014 et Baromètre santé 2014 (INPES, exploitation OFDT)

adultes. Pour autant, le taux de TS est comparable (2,7 vs 2,9 %), avec un différentiel persistant en fonction du sexe (1,4 % des hommes et 4,3 % des femmes).

Suicide, dépression et usages

Les experts s'accordent sur l'attention à porter à la dépression et aux consommations de produits psychoactifs comme principaux facteurs associés au risque suicidaire (Fergusson *et al.* 2000). Outre des questions sur les consommations, l'enquête ESCAPAD intègre une échelle de dépression, l'Adolescent Depression Rating Scale (Revah-Levy *et al.* 2007), permettant d'estimer la part des adolescents présentant des signes plus ou moins sévères de dépressivité (on ne dispose pas de données similaires pour les jeunes adultes). En 2014, plus du quart des jeunes de 17 ans présentaient une tendance dépressive au moment de l'enquête (modérée pour 21 % et sévère pour 5 % d'entre eux), avec une sur-représentation des filles (32 %) par rapport aux garçons (20 %). L'association entre dépression et risque suicidaire se révèle particulièrement forte (tableau 2).

Ainsi, les adolescents présentant des troubles dépressifs disent également plus souvent avoir eu des pensées suicidaires : ils sont respectivement 21 % et 48 % à déclarer des pensées suicidaires parmi les adoles-

cents présentant les signes d'une dépression modérée et sévère contre 5 % seulement parmi les autres adolescents. Ils sont respectivement 4,5 %, 13 % et 1,5 % à avoir fait une tentative de suicide (tableau 2). Enfin, les usages des adolescents de 17 ans apparaissent fortement associés à la fois à la dépression et au risque suicidaire (tableau 3). Un gradient marqué se dessine entre le niveau d'usage de substances psychoactives et le degré de sévérité de la dépression. Il en va de même pour les pensées suicidaires, systématiquement associées à des niveaux de consommation élevés, et plus encore pour les TS. Il convient de souligner que ces usages fréquents et intensifs ne sont pas des comportements isolés mais sont souvent associés : on parle alors de poly-consommation (voir chapitre « Les consommations », p. 30). Ces comportements, qui concernent 12,8 % de l'ensemble des adolescents, croissent significativement avec le degré de sévérité de la dépression et avec les pensées et tentatives de suicide en population adolescente, confirmant les résultats d'études préalables (Consoli *et al.* 2013 ; Du Roscoät *et al.* 2013b). Ce constat est aussi avéré, mais de manière plus modérée, chez les jeunes adultes (Legleye *et al.* 2010). Cependant, la nature de ces associations reste complexe : les données exploitées ici permettent de mesurer des forces d'association, sans qu'il soit toujours possible d'expliquer le sens et la nature du lien.

Tableau 2 - Trouble dépressif et suicide à 17 ans (%)

| | Pas de dépression | Dépression modérée | Dépression sévère |
|-----------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Pensées suicidaires | 4,7 | 20,7 | 47,4* |
| Tentative de suicide ¹ | 1,5 | 4,5 | 12,9* |

¹ Tentative au cours de la vie ayant entraîné une hospitalisation.

* : indique une différence statistiquement significative.

Source : ESCAPAD 2014 (OFDT)

Tableau 3 - Idéation suicidaire et usages de substances psychoactives¹ à 17 ans (%)

| | Pas de dépression | Dépression modérée | Dépression sévère | Pas de pensées suicidaires | Pensées suicidaires ² | Pas de TS | TS ³ |
|---|-------------------|--------------------|-------------------|----------------------------|----------------------------------|-----------|-----------------|
| Tabac intensif (7,7 %) ⁴ | 6,3 | 10,1 | 15,1* | 7,1 | 12,7* | 7,1 | 26,4* |
| API régulières (3,0 %) | 2,8 | 3,5 | 3,9* | 2,9 | 3,7* | 2,8 | 7,11* |
| Dépendance au cannabis (8,4 %) ⁵ | 6,2 | 11,2 | 15,3* | 7,2 | 13,0 | 7,4 | 23,9* |
| Polyconsommations régulières (12,8 %) | 11,4 | 15,7 | 17,8* | 12,2 | 17,4* | 12,3 | 27,4* |

¹ Pour la définition des indicateurs de consommation, se référer à la page 205.

² Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

³ Tentative au cours de la vie ayant entraîné une hospitalisation.

⁴ Rappelle la prévalence parmi la population adolescente âgée de 17 ans.

Lecture : 7,7 % de l'ensemble des adolescents sont des fumeurs intensifs, contre 15,1 % parmi ceux avec des signes de dépression sévère, au sens de l'Adolescent Depression Rating Scale (ADRS).

⁵ La dépendance au cannabis est mesurée par le test de repérage CAST (voir Repères méthodologiques).

* : indique une différence statistiquement significative.

Source : ESCAPAD 2014 (OFDT)

Conclusion

Si les facteurs évoqués ici peuvent apporter des éléments de compréhension, il convient de rappeler qu'un acte aussi complexe que le suicide ne se réduit pas à un seul déterminant, et relève d'une étiologie multifactorielle mêlant personnalité, situation familiale, scolaire ou profession-

nelle, et associé au lieu de résidence ainsi qu'au sexe (si les femmes tentent plus souvent un suicide, ce sont les hommes qui en meurent le plus).

De la même manière, les liens établis entre risque suicidaire et usages de substances chez les jeunes, loin d'être directs, sont fortement conditionnés par leur santé mentale.

