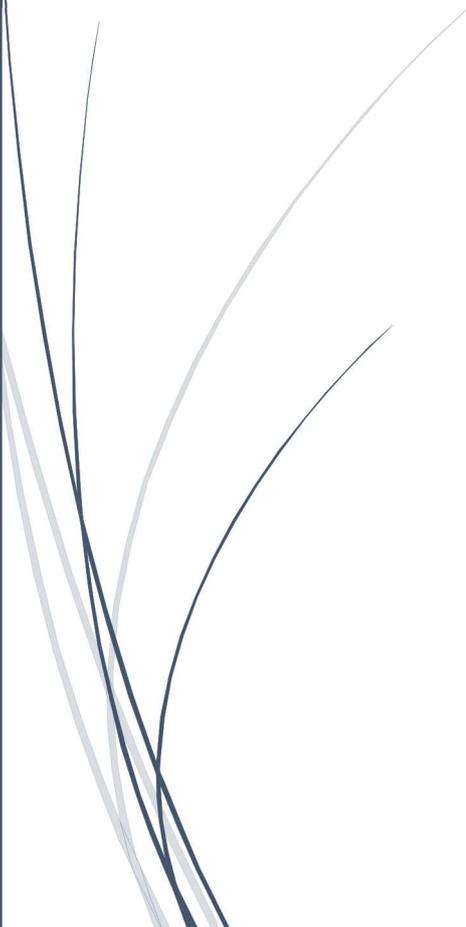




2018-2019

L'adulte face aux conduites à risque de l'adolescent

Agir en milieu scolaire



Michaël Simon
CECOTEPE

Objectifs de la formation

La présente formation tentera de rencontrer quatre objectifs :

- 1) Mettre à jour ses connaissances dans le domaine des conduites à risque des adolescents
- 2) Permettre d'identifier les signes précurseurs auxquels être attentifs.
- 3) Traiter de l'accompagnement du jeune, de sa famille et de l'équipe éducative.
- 4) Envisager quand et comment faire le relais vers un service spécialisé.

Lors de la formation, nous nous concentrerons sur trois comportements à risque :

- 1) la marginalisation sociale du jeune ;
- 2) la consommation de substances psychotropes
- 3) l'utilisation problématique des réseaux sociaux

Introduction

1. Qu'est-ce un comportement à risque ?

D'après le dictionnaire de l'Académie Française (s.d.), un comportement à risque est un comportement qui comporte ou constitue un péril ou une menace.

2. La question du normal et du pathologique :

Quand pouvons-nous considérer un comportement comme normal ? La question n'est pas aisée. Devons-nous donner à la normalité une définition statistique ? Ou plutôt se référer à la notion de loi ou de moralité ? Ou encore se référer à la notion de risque médical ? Quand bien même nous nous accorderions sur une définition, nous serions mis en difficulté par certaines situations borderline. En effet, la frontière n'est pas toujours claire entre le normal et le pathologique. Il existe un continuum entre les deux (De Becker et al., 2015).

En ce qui concerne les comportements à risque, un doute pourra toujours subsister. Nous ne voyons pas seulement la prise de risque est commune chez l'adolescent, mais elle peut aussi avoir une fonction structurante. Neuburger (2000) parle de la quête d'intimité de l'adolescent. Outre l'intimité physique, il devra acquérir une intimité mentale et de prise de décision/responsabilité. Dans sa quête d'individuation, l'adolescent devra mettre à l'épreuve certaines règles familiales. Dans ce contexte, des prises de risque peuvent, voire doivent s'envisager.

La biologie explique, en partie, les prises de risque par les adolescents. Les structures cérébrales (en particulier le lobe frontal) qui permettent d'inhiber certains comportements ou d'évaluer correctement les risques ne sont pas matures (Stahl, 2013). Le caractère impulsif et/ou rigide de certains adolescents s'explique par une immaturité cérébrale qui est normale.

3. Quelles sont les motivations des adolescents ?

D'après les travaux de Skinner sur le conditionnement opérant, la probabilité qu'un comportement se perpétue ou non dépendra de ses conséquences pour l'individu. Si le comportement apporte un bénéfice ou permet d'éviter ou d'échapper à un désagrément, celui-ci aura tendance à se reproduire. Au contraire, si le comportement apporte un désagrément ou empêche/supprime un bénéfice, celui-ci tendra à ne pas se répéter (Cottraux, 2017).

Il est surprenant de constater que certains comportements semblent perdurer malgré les désagréments apparents que ceux-ci apportent. Par exemple, pourquoi certaines personnes fument-elles le tabac alors que cette consommation a plus d'effets négatifs que d'effets positifs ?

- Un premier élément de réponse à cette interrogation est la question de la latence entre les conséquences positives et négatives du comportement. En effet, une conséquence aura d'autant plus d'impact sur la motivation de l'individu qu'elle surviendra rapidement. En

d'autres termes, une conséquence à court terme aura plus d'impact qu'une conséquence à long terme. Si nous reprenons notre exemple du tabagisme, c'est bien le cas. Le plaisir ressenti en fumant survient bien avant les conséquences néfastes sur la santé qui mettent souvent plusieurs années avant d'apparaître. L'expérience du marshmallow de Mischel, Ebbesen et Zeiss (1972) illustre à merveille ce que nous venons d'expliquer. Lors de cette expérience, il est proposé à des enfants un marshmallow. S'ils arrivent à ne pas le manger durant un certain laps de temps, un deuxième marshmallow leur sera donné. Résister à la tentation est bien difficile pour ces enfants, même avec une récompense à la clé.

- Un deuxième élément de réponse est la question de la probabilité de la conséquence du comportement. Plus une conséquence aura une probabilité élevée de survenir, plus elle aura de poids pour l'individu. Le plaisir de fumer viendra à coup sûr. Par contre, ce n'est pas le cas de l'éventuel cancer. N'oublions pas que Jeanne Calmant elle-même a fumé jusqu'à un âge avancé.

Les émotions, qu'elles soient positives ou négatives ont un substrat cérébral. Le plaisir trouve, entre autres, son origine dans une structure appelée « nucléus accumbens » et dépend essentiellement d'un neurotransmetteur, la dopamine. La peur, quant à elle, trouvera son origine dans l'amygdale. L'anxiété dépendra, enfin, de boucles cérébrales (boucle cortico-striato-thalamo-corticale). Tant la peur que l'anxiété sont sous l'influence de neurotransmetteurs, à l'occurrence la sérotonine et la noradrénaline (Stahl, 2013).

Il est intéressant de constater que les structures impliquées dans les émotions connaissent une maturation plus rapide que les structures (comme le lobe frontal) qui permettent de les contrôler (Casey, Getz et Galvan, 2007).

4. Comment aborder le comportement à risque des adolescents ?

La qualité de la relation thérapeutique est un élément déterminant dans la réussite ou non d'une intervention thérapeutique. Pour qu'il y ait une bonne relation thérapeutique, il est nécessaire que le patient vive son thérapeute comme lui apportant aide et soutien et qu'il ait le sentiment d'un travail de coopération. (Chambon et Marie-Cardine, 2014).

Etablir une telle alliance peut paraître compliqué avec les adolescents qui ont des comportements à risque. Ils sont en effet souvent amenés en consultation par leurs parents. Ils disent régulièrement ne pas comprendre le comportement de leur enfant. Ils lui ont pourtant expliqué à maintes reprises tous les tenants et aboutissants de ce comportement, mais rien n'y fait. La demande que nous avons de leur part est la suivante : « Faites en sorte qu'il comprenne que nous avons raison. »

La demande des parents pose différents problèmes :

- Tout d'abord, ils nous demandent de reproduire ce qu'ils ont déjà essayé à plusieurs reprises. En quelques sortes, ils nous demandent de refaire « un peu plus de la même chose ».
- Ils nous demandent ensuite de prendre parti pour eux. Or, pour que la thérapie fonctionne, il est important que nous obtenions également l'adhésion de l'enfant.

Une technique que nous utilisons fréquemment est celle de l'entretien motivationnel, et plus particulièrement la balance décisionnelle :

- Tout d'abord, nous explorons, avec le jeune, ce qui motive son comportement. Quels sont les avantages de son comportement ? Et quels seraient les risques de ne plus y avoir recours.
- Ensuite, nous lui demandons quels seraient les désavantages de son comportement
- Enfin, nous lui demandons ce que lui apporterait un changement.

L'avantage de cette technique est de renforcer l'alliance avec le jeune (Fontaine et Fontaine, 2006). En effet, en lui expliquant d'abord que son comportement lui apporte quelque chose de positif, nous adoptons une position empathique plutôt que jugeante. Parfois, nous réalisons la balance décisionnelle devant les parents. A notre sens, cela permet d'augmenter leur empathie vis-à-vis de leur enfant. L'objectif étant ici de leur permettre de sortir du bras de fer dans lequel ils se sont engagés avec leur enfant. L'entretien motivationnel permet également d'avoir une idée du niveau de motivation au changement de l'adolescent. La prise en compte de ce paramètre est indispensable pour ajuster au mieux l'orientation thérapeutique.

5. Références :

- Académie Française. (s.d.). Risque. Dans Dictionnaire de l'Académie Française, 9^{ième} édition. Repéré à <https://academie.atilf.fr/9/consulter/risque?page=1>
- De Becker, E., François A., Kinoo, P. et Malchair, A. (2015). La question du diagnostic en psychiatrie infanto-juvénile. *Psychiatr Enfant*, 58, 571-594
- Casey, B.J., Getz, S. et Galvan A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28, 62-77
- Chambon, O. et Marie-Cardine, M. (2014). Les bases de la psychothérapie : Approche intégrative et éclectique. Malakoff : Dunod
- Cottraux, J. (2017). Les psychothérapies cognitives et comportementales. 6^{ième} édition. Issy-les-Moulineaux. Elsevier-Masson
- Fontaine, O. et Fontaine P. (2006). Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive. Paris : Retz.
- Mischel, W., Ebbesen, E.B. et Raskoff Zeiss, A. (1972). Cognitive and attentional mechanisms in delay of gratification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21, 204-218
- Neuburger R. (2000). Les territoires de l'intime. Paris : Odile Jacob
- Stahl, S.M. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology*, 4th edition. Cambridge : Cambridge University Press

La marginalisation sociale du jeune

1. Introduction

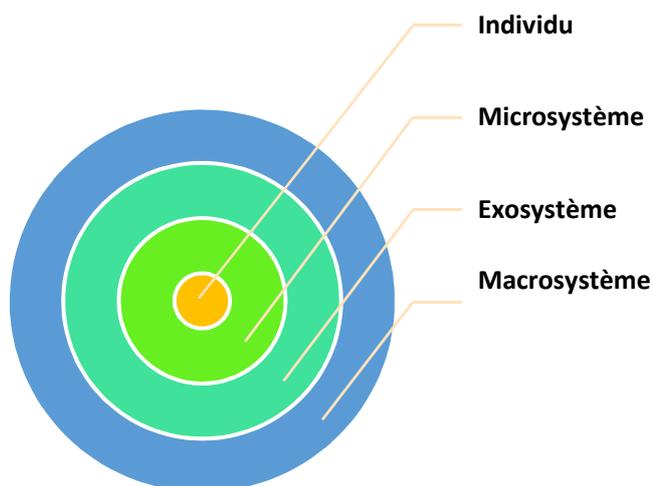
D'après le dictionnaire de l'Académie Française (n.d.), la marginalisation peut se définir de la manière suivante :

- Il s'agit du fait de se mettre ou d'être mis hors de la société.

Que signifie être mis hors de la société pour un adolescent ? Et avant toute chose, que signifie être dans la société ?

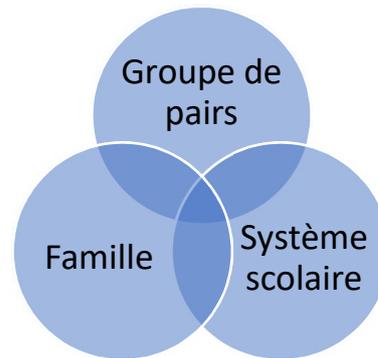
Bronfenbrenner a proposé une théorie relative aux différents contextes dans lequel chaque être humain vit. Il propose différents niveaux de contextes (qu'il appelle écosystèmes) en fonction de leur proximité avec la personne :

- Le microsystème qui englobe l'ensemble des milieux sociaux qui ont une influence directe sur la personne :
 - o La famille ;
 - o Le milieu scolaire ;
 - o Le groupe de pairs ;
 - o L'environnement physique
- Le mésosystème qui constitue l'interface entre les différentes composantes du microsystème (par exemple, les rencontres parents-enseignants qui constituent un lieu entre la famille et l'école) ;
- L'exosystème qui englobe les institutions et les pratiques éducatives, culturelles, politiques, économiques qui influencent les composantes du microsystème.
- Le macrosystème qui reprend les traditions, les valeurs culturelles, les philosophies politiques, les tendances économiques, les conditions sociales, ... qui influencent les composantes de l'exosystème (Stassen Berger, 2012).



A partir de la théorie écologique de Bronfenbrenner, nous pourrions considérer que la marginalisation de l'individu commence par l'exclusion d'une des composantes du microsystème. Nous allons nous intéresser plus spécifiquement à trois composantes :

- Le groupe de pairs
- L'école
- La famille



2. Cas cliniques :

2.1. Chloé 12 ans : marginalisation vis-à-vis du groupe de pairs

Nous avons reçu la jeune Chloé, 12 ans, en consultation pour mise au point d'hallucinations visuelles, d'une symptomatologie anxiodépressive, d'une labilité de l'humeur et de scarifications. Les parents s'interrogent sur la présence ou non d'une pathologie psychiatrique grave, d'autant plus que la maman présente un trouble bipolaire.

Lors des entretiens, Chloé évoque rapidement sa scolarité primaire. La jeune fille a été inscrite dans une école en Flandre. Elle a été victime durant plusieurs années de harcèlement. Malgré tout, Chloé obtenait d'excellents résultats scolaires.

Lorsqu'elle est entrée en secondaire dans un établissement francophone, Chloé a été confrontée pour la première fois à des échecs. Vis-à-vis de ses pairs, elle a adopté une attitude étrange. Elle expliquera avoir un ami imaginaire dont elle ne cache pas l'existence. Puis, elle parlera d'hallucinations visuelles. Elle prendra par la suite des positions tranchées et originales sur différents sujets. Elle affirmera, par exemple, être « sans genre ». L'attitude de Chloé lui apporte une certaine attention de la part de ses pairs, mais contribue également à l'isoler... Chloé se fera malgré tout quelques amis parmi ce qu'elle appelle « les rejetés ».

Au fur et à mesure que le temps passe, Chloé est de plus souvent en conflit avec autres enfants. Des insultes s'échangent régulièrement sur les réseaux sociaux. Une symptomatologie anxiodépressive s'installe progressivement. Les jours d'absence se multiplient...

2.2. Thomas, 15 ans : marginalisation vis-à-vis du système scolaire

Nous avons reçu le jeune Thomas pour la première fois alors qu'il avait 15 ans. Il nous est amené par ses parents en raison d'un mutisme quasi-total à la maison depuis deux semaines. Nous poserons par la suite le diagnostic de trouble dépressif caractérisé.

Depuis l'entrée en secondaire, Thomas a été renvoyé de trois écoles pour des raisons disciplinaires. D'après ce qu'il nous dit, il n'y a jamais eu de faits graves dans les établissements scolaires. Il y aurait plutôt une accumulation de petits faits. Lui sont reprochés son arrogance, son refus de l'autorité, etc.

Il est assez étonnant de constater que Thomas n'avait absolument pas la même attitude en primaire. Thomas était un enfant timide qui ne faisait pas de vague. Les résultats scolaires ont été bons jusqu'en 5^{ème} primaire. Un bilan intellectuel réalisé à ce moment a révélé un profil cognitif hétérogène.

La chute des résultats scolaires observée en fin de primaire va se confirmer en secondaire. Thomas va adopter une attitude provocatrice vis-à-vis des professeurs, ce qui lui vaudra dans un premier temps un certain succès auprès de ses pairs qui finiront néanmoins par se lasser.

2.3. Elodie, 14 ans : une descente aux enfers

Elodie, 13 ans, est hospitalisée en pédopsychiatrie pour mise au point d'une symptomatologie anxio-dépressive présente depuis plus d'un an. La symptomatologie psychique est accompagnée de plaintes somatiques fréquentes responsables d'hospitalisations à répétition en pédiatrie. La jeune faisait part de difficultés relationnelles avec ses pairs à l'école (Elodie parle de harcèlement) et avec ses parents.

Au cours de l'hospitalisation en pédopsychiatrie, la jeune Elodie a révélé une longue histoire d'abus sexuels de la part de son grand-frère. Lorsque les abus ont été révélés aux parents, ceux-ci ont fait part de leur scepticisme quant à la véracité des faits. Ils ont néanmoins décidé d'écarter provisoirement le grand-frère du foyer familial, ce qui a permis le retour d'Elodie.

Le retour à la maison s'est mal déroulé. Les conflits familiaux se sont accentués à tel point qu'Elodie a demandé son éloignement du milieu familial. Elodie a été placée en Centre d'Accueil Spécialisé. Rapidement, Elodie s'est marginalisée. Elle ne s'est plus présentée à l'école et a commencé à passer le plus clair de son temps dans les débits de boissons ou dans des squats. Outre une consommation d'alcool devenue quotidienne, Elodie rapportait des consommations de produits illicites tels que le cannabis ou la cocaïne. Elle rapportait également des faits de délinquance (vol de sacs à l'arrachée, vol à l'étalage, ...). Elodie est constamment en fugue de son institution.

3. Discussion :

3.1. La marginalisation face aux pairs

Tant Chloé, Thomas et Elodie ont d'abord connu des difficultés d'intégration au sein du groupe des pairs. Ces difficultés n'ont pas débouché sur une prise en charge quelle qu'elle soit. Pourtant, ces difficultés sont dommageables pour eux vu les fonctions que jouent les relations aux pairs dans le développement de l'adolescent. Ces fonctions sont les suivantes :

- L'entraide face aux changements physiques et physiologiques liés à la puberté qui font naître des sentiments inconnus, suscitent des expériences inédites et ébranlent le concept de soi et l'estime de soi.
- L'adaptation face aux changements de l'environnement. Nous pouvons citer en exemple le passage de la scolarité primaire à la scolarité secondaire.
- Des éléments de comparaison.
- La facilitation de la connaissance de soi en permettant à l'adolescent de faire l'essai de nouvelles expériences.

Notons néanmoins que si les pairs peuvent avoir une influence constructrice, celle-ci peut être destructrice par leur pression de conformité ou par leur influence négative. (Stassen Berger, 2012)

Nous pouvons aisément imaginer que l'isolement social puisse être une cause de mal-être. Il peut également en être le premier signe. A titre d'exemple, l'isolement social est présent dans plus de 70% des prodromes de schizophrénies et plus de 40% des prodromes de troubles bipolaires (Correll et al. 2007). Carli (2014) de son côté, a montré que les comportements prosociaux sont significativement moins présents dans les groupes à haut risque de psychopathologie.

3.2. La marginalisation face à l'école

Dans nos trois situations cliniques, les difficultés relationnelles avec les pairs ont précédé une augmentation de l'absentéisme scolaire que nous considérerons comme une deuxième forme de marginalisation. A partir du moment où les enfants ont commencé à ne plus se présenter à l'école, une prise en charge adéquate a été mise en place. Cette rapidité d'action a été importante, et ce, pour plusieurs raisons :

- Tout d'abord, les problèmes scolaires au sens large constituent des facteurs de risque, voire des signes avant-coureurs de troubles psychiques, comme nous pouvons le suspecter chez Chloé. Par exemple, il existe une corrélation entre la diminution du fonctionnement scolaire et le risque de trouble bipolaire ou psychotique (Correll et al., 2007). Le pronostic de ces troubles psychiatriques est amélioré par une prise en charge précoce, si possible au stade prodromique.
- Ensuite, l'absentéisme scolaire peut cacher un mal-être important qui pourrait être amélioré par une prise en charge thérapeutique. Stehner (2006) a ainsi fait un lien entre absentéisme scolaire et risque suicidaire chez l'adolescent.
- Enfin, l'absentéisme scolaire peut être la première étape vers une désinsertion sociale plus importante, comme la délinquance (Esterle-Hedibel, 2006).

3.3. Quand la marginalisation se poursuit

Le cas d'Elodie est très interpellant. Nous sommes face à une jeune fille qui a doucement glissé vers la délinquance et le sans-abrisme, dans un contexte de traumatisme et de conflits familiaux. Martin et Sharpe (2005) se sont intéressés aux antécédents psycho-sociaux des personnes jeunes sans-abris. Quatre types d'antécédents ont été identifiés :

- Les troubles psychiatriques hors abus de substance
- Les abus de substances
- Les conflits familiaux.
- Les traumatismes comme les abus sexuels

Les mêmes auteurs se sont ensuite intéressés au devenir des sans-abris. Trois profils d'évolution ont été mis en évidence :

- L'évolution vers un trouble psychiatrique
- L'évolution vers un trouble psychiatrique et un abus de substance
- L'évolution vers la délinquance avec abus de substance et trouble psychiatrique, ce vers quoi Elodie semble évoluer.

4. Conclusions :

Dans les trois situations décrites, la marginalisation a débuté par des problèmes relationnels avec les pairs et s'est poursuivie par un absentéisme scolaire. Il s'agit de deux signes auxquels il convient d'être attentif.

Lorsque la marginalisation atteint des extrêmes, des difficultés familiales et/ou un traumatisme tel qu'un abus sexuel ou de la maltraitance doivent être suspectés.

5. Références :

- Académie française (s.d.). Marginalisation. Dans Dictionnaire de l'Académie Française, 9^{ème} édition. Repéré à <https://academie.atilf.fr/9/consulter/marginalisation?page=1>
- Carli, V., Hoven, C.W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., Apter, A., ... Wasserman, D. (2014) A newly identified group of adolescent at « invisible » risk for psychopathology and suicidal behavior : findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13, 78-86
- Correll, C.U., Penzner, J.B., Frederickson, A.M., Richter, J.J., Auther, A.M., Smith, C.W., Kane, J.M., Cornblatt, B.A. (2007) Differentiation in the Preonset Phases of Schizophrenia and Mood Disorders : Evidence in Support of a Bipolar Mania Prodrome. *Schizophr Bull*, 33, 703-714
- Esterle-Hedibel, M. (2006). Absentéisme, déscolarisation, décrochage scolaire, les apports des recherches récentes. *Déviance et Société*, 1, 41-65
- Martijn, C., Sharpe, L. (2005). Pathways to youth homelessness. *Social Science & Medicine*, 62, 1-12
- Stassen Berger, K. (2012) *Psychologie du développement* (2^{ème} édition ; adapté par A. Boulard et M. Born ; traduit par Bureau S). Louvain La Neuve : Editions De Boeck
- Stheneur, C. (2006). Tentative de suicide : comment repérer un adolescent en danger ? *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 19, 218-222

Les substances psychotropes

1. Introduction

1.1. Classification internationale des troubles de l'utilisation de substances

Le DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) reconnaît dix troubles de l'utilisation de substance spécifiques :

- Troubles liés à l'alcool
- Troubles liés au tabac
- Troubles liés à la caféine
- Troubles liés au cannabis
- Troubles liés aux hallucinogènes subdivisés entre
 - o Les troubles liés à la phencyclidines et ses apparentés
 - o Les troubles liés aux autres hallucinogènes
- Troubles liés aux substances inhalées
- Troubles liés aux opiacés
- Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
- Troubles liés aux stimulants

Les troubles décrits par le DSM 5 sont :

- Les troubles liés à l'utilisation (chronique) de la substance
- L'intoxication par la substance
- Le sevrage de la substance
- Les troubles mentaux induits par la substance

Chaque substance n'induit pas forcément les quatre troubles. Le tableau reprend les diagnostics décrits par le DSM5 pour chaque substance.

	Utilisation	Intoxication	Sevrage	Trouble mental induit
Alcool	Oui	Oui	Oui	Oui
Caféine	Non	Oui	Oui	Oui
Cannabis	Oui	Oui	Oui	Oui
Phencyclidine	Oui	Oui	Non	Oui
Autres hallucinogènes	Oui	Oui	Non	Oui
Substances inhalées	Oui	Oui	Non	Oui
Opiacés	Oui	Oui	Oui	Oui
Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques	Oui	Oui	Oui	Oui
Stimulants	Oui	Oui	Oui	Oui
Tabac	Oui	Non	Oui	Oui

Contrairement au DSM IV, le DSM5 ne distingue pas l'abus de substance de la dépendance. Ces deux diagnostics sont repris sous la dénomination de « trouble lié à l'utilisation de la substance ». L'abus se définissait par l'utilisation de la substance malgré les effets négatifs de celle-ci. La dépendance correspondait quant à elle en une perte du contrôle de la consommation. La frontière peut être floue entre abus et dépendance, raison pour laquelle il a été décidé de ne plus différencier clairement les deux problématiques.

1.2. Facteurs de risque

Nous pouvons détailler les facteurs de risque comme suit (UNODC, 2018) :

- Risques liés à l'environnement :
 - o Risques liés au macrosystème :
 - Pauvreté
 - Exclusion sociale, discriminations
 - Habiter dans un quartier défavorisé
 - o Risques liés au microsystème :
 - Famille :
 - Antécédents d'abus ou de négligences
 - Antécédents familiaux de toxicomanie
 - Ecole :
 - Absentéisme scolaire
 - Climat scolaire négatif
 - Manque de programme de prévention
 - Absence d'activités extra-scolaires
 - Pairs
 - Présence de pairs à risque de toxicomanie
 - Consommation de toxiques chez les pairs
 - Pairs avec des comportements antisociaux
- Risques liés aux caractéristiques individuelles :
 - o Troubles psychiques
 - o Troubles neurodéveloppementaux (retard mental, retard de langage)
 - o Difficultés de régulation émotionnelle

2. L'alcool :

2.1. Epidémiologie :

L'alcool est la substance psychotrope la plus consommée par les adolescents. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, 13% des Wallons âgés de 15 ans consomment de l'alcool toutes les semaines. La bière et les alco pops sont les substances les plus consommées. A 15 ans, 24.5% des Wallons ont déjà été ivres au moins deux fois dans leur vie. De manière générale, la consommation d'alcool est en baisse entre 2002 et 2014. Il s'agit d'une tendance qui est observée partout en Europe. (Inchley et al., 2018).

En ce qui concerne le binge drinking (qui se définit par la consommation d'au moins cinq unités d'alcool en une occasion), la fréquence reste toutefois élevée. D'après une étude allemande, 14 % des adolescents reconnaissent y avoir eu recours dans le mois qui a précédé. (Hannewinkel et al., 2017).

2.2. Quels sont les risques liés à la consommation d'alcool ?

La consommation d'alcool par les adolescents est un véritable problème de santé publique. L'alcool, en particulier lorsqu'il est consommé précocement, est corrélé à divers problèmes médicaux et sociaux comme les blessures, les grossesses non-désirées, les tentatives de suicide, le décrochage scolaire, ... (Inchley et al., 2018). Les risques sont accrus en cas de binge drinking (Hannewinkel et al., 2017).

2.3. Quelles sont les motivations des jeunes vis-à-vis de l'alcool ?

Marcelli et Braconnier (2008) identifient trois motifs de consommation alcoolique chez les jeunes :

- L'alcool festif comme mode d'intégration au monde des adultes
- L'alcool comme auto-médication face à l'anxiété
- La recherche de l'ivresse, de la défonce.

3. Le cannabis :

3.1. Epidémiologie

Près de 20% des mineurs Flamands reconnaissent avoir déjà consommé du cannabis dans leur vie. Moins de 5 % reconnaissent une consommation régulière. De manière générale, nous pouvons observer une baisse de la consommation de cannabis entre 2000 et 2012.

3.2. Les effets du cannabis :

Le principe actif du cannabis est le THC. A faible dose, cette substance a un effet relaxant et euphorisant. Elle favorise également les comportements prosociaux. Elle enfin également la perception du temps. A haute dose, le THC peut induire des attaques de panique, de la confusion, et, dans de rares cas, des symptômes psychotiques aigus. (Stahl, 2013).

3.3. Quels sont les risques du cannabis ?

Nous pouvons détailler les effets négatifs du cannabis sur la santé comme suit (UNODC, 2018) (Stahl, 2013) :

- Effets à court terme :
 - o À haute dose, risque de trouble psychotique
 - o Effets négatifs sur la mémoire à court terme, d'où répercussion sur les performances scolaires
 - o Effets négatifs sur la coordination motrice, d'où risque accru d'accidents
 - o Altération du jugement, d'où risque d'autres comportements à risque
- Effets à long terme :
 - o Altération du développement cérébral
 - o Augmentation du risque de trouble psychotique chronique comme la schizophrénie
 - o Diminution des performances cognitives, avec diminution du Quotient Intellectuel
 - o Bronchite chronique
 - o Symptomatologie dépressive, syndrome amotivationnel
 - o Décrochage scolaire

4. Les amphétamines :

4.1. Epidémiologie :

La consommation d'amphétamines commence en moyenne après 20 ans. Aux Etats-Unis, la prévalence sur douze mois chez les 11-17 ans est estimée à 0.2%. En Europe, la prévalence sur la vie entière de consommation d'amphétamines est inférieure à 5% dans le groupe d'âge 15-24 ans. Chez les sujets jeunes, la consommation d'amphétamines semble plus fréquente chez les filles que chez les garçons (American Psychiatric Association, 2013) (UNODC, 2018).

4.2. Effets des amphétamines :

Les amphétamines sont classées parmi les stimulants. Elles ont un effet direct sur le nucléus accumbens qui est le centre cérébral du plaisir (Stahl, 2013). Comparativement à la cocaïne, les amphétamines ont une durée d'action plus longue. (American Psychiatric Association, 2013).

A court terme, les amphétamines vont avoir un effet euphorisant et énergisant sur l'individu mais un effet apaisant peut être observé chez les personnes présentant un trouble déficitaire de l'attention. Un autre effet, parfois recherché, est l'effet anorexigène.

A plus long terme, les amphétamines favorisent les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Tout comme le cannabis, elles peuvent favoriser l'émergence d'une psychose chronique (American Psychiatric Association).

4.3. Comorbidités :

Le DSM-5 mentionne les comorbidités suivantes (American Psychiatric Association, 2013):

- Association fréquente avec la consommation de cannabis
- Trouble de stress post-traumatique
- Personnalité antisociale/trouble des conduites
- Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
- Utilisation de substances sédatives pour contrer les effets indésirables (nervosité, insomnie)

Par ailleurs, d'après une étude de 2006, 8% des femmes qui présentent un trouble du comportement alimentaire consomment des amphétamines (Herzog et al., 2006).

4.4. Pourquoi consommer des amphétamines ?

- Recherche de l'effet euphorisant, dans un contexte festif
- Recherche de l'effet énergisant dans le cadre du travail ou des études.
- Recherche de l'effet anorexigène en cas de trouble du comportement alimentaire
- Recherche de l'effet apaisant en cas de trouble déficitaire de l'attention

5. Références

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Hanewinkel, R., Tomczyk, S., Goecke, M., Isensee, B. (2017). Preventing Binge Drinking in Adolescents : Results From a School-based, Cluster-randomized Study. *Dtsch Arztebl Int*, 114, 280–287.
- Herzog DB, Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP. (2006). Drug abuse in women with eating disorders. *Int J Eat Disord*, 39, 364-368

- Inchley, J., Currie, D., Vieno, A., Torsheim, T., Ferreira-Borges, C., Weber, M.M., Barnekow, V., Breda, J. (2018). Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. Copenhagen. World Health Organization
- Marcelli, D. et Braconnier A. (2008). Adolescence et psychopathologie : 7^{ième} édition. Paris, Elsevier Masson.
- Stahl, S.M. (2013). Stahl's Essential Psychopharmacology, 4th edition. Cambridge : Cambridge University Press
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2018). World Drug Report 2018. Vienne, United Nations publication.

L'utilisation problématique des réseaux sociaux

1. Introduction :

La grande majorité des adolescents ont un profil sur au moins un réseau social. (Tsitsika et al., 2014). Dans notre pratique de pédopsychiatre, la question des réseaux sociaux revient régulièrement tant dans notre activité de policlinique que dans notre activité hospitalière. Parmi les problèmes liés aux réseaux sociaux, nous pouvons citer :

- L'utilisation excessive des réseaux sociaux, avec des répercussions sur les performances scolaires et sur l'intégration familiale du jeune ;
- Les défis lancés sur les réseaux sociaux.
- La pratique du sexting

2. L'utilisation excessive des réseaux sociaux

2.1. Quand pouvons nous parler d'utilisation excessive des réseaux sociaux ?

La question de l'utilisation des réseaux sociaux nous ramène à la question de la limite entre le normal et le pathologique. Les réseaux sociaux semblent avoir pris une place considérable dans les interactions entre adolescents. Nous pouvons considérer que les médias sociaux ont acquis une fonction structurante pour les jeunes, au même titre que les interactions avec les pairs (Tsitsika et al., 2014).

Certains auteurs évoquent la possibilité d'une dépendance aux réseaux sociaux, avec une symptomatologie proche de la dépendance aux substances (dysphorie, phénomène de tolérance, symptômes de sevrage, altération du fonctionnement général, etc.) (Kuss et Griffiths, 2017). La problématique est néanmoins encore peu étudiée, raison pour laquelle elle n'est pas clairement mentionnée dans le DSM-5. (American Psychiatric Association, 2013).

2.2. Profil des jeunes

Le profil des jeunes qui abusent des réseaux sociaux est relativement aspécifique. Les troubles anxieux et les troubles dépressifs sont sur-représentés.

3. Les défis lancés sur les réseaux sociaux : Blue Whale Challenge

3.1.1. Définition

Le Défi de la Baleine Bleue (Blue Whale Challenge) est un jeu créé par un psychologue russe en 2013 qui consiste en une série de défis quotidiens à réaliser durant cinquante jours, le dernier défi étant le suicide. Les défis intermédiaires consistent en des prises de risque (monter sur le toit, sur une grue, sur un pont), des scarifications (dont par exemple, une baleine), des mutilations (par exemple, se couper une lèvre), ... La bonne réalisation des défis est vérifiée et encouragée par un

administrateur. Des menaces vis-à-vis du jeune et de sa famille peuvent être formulés en cas de non-réalisation. Le but du créateur de ce jeu serait de pousser au suicide les personnes les plus fragilisées dans un but eugénique. (Mukhra et al., 2017).

3.1.2. Cas clinique

Julie, 14 ans, est hospitalisée pour la troisième fois en pédopsychiatrie pour prise en charge d'une symptomatologie dépressive avec scarifications. Parmi ses antécédents, nous pouvons noter deux épisodes d'intoxication médicamenteuse volontaire. La jeune fille explique son mal-être par des conflits familiaux et par des difficultés relationnelles avec ses pairs. Julie est en décrochage scolaire depuis plusieurs mois. Lors de l'anamnèse d'entrée, les parents signalent que leur fille leur a parlé du Défi de la Baleine Bleue. Ils sont tout particulièrement inquiets d'autant plus que ce défi a fait les choux gras des médias dans les semaines qui ont précédé l'hospitalisation. Au cours de l'hospitalisation, la jeune a nié avoir réellement participé au défi.

3.1.3. Discussion

Les articles concernant le défi de la Baleine Bleue sont rares. Nous pouvons noter la publication d'une série de cas en 2018 (Lupariello et al., 2018). Les cas décrits concernent cinq filles âgées de 14 à 17 ans qui ont été adressées aux urgences pour suspicion de participation au défi. Les cinq jeunes filles ont alerté leur entourage en évoquant le défi. Par exemple, une des jeunes filles a changé sa photo de profil sur les réseaux sociaux pour y placer l'image d'une baleine. Après investigation, aucune d'entre elles n'a réellement participé au défi. Des signes psychopathologiques non-spécifiques sont retrouvés chez ces jeunes filles. Sur les cinq filles, une a été hospitalisée en pédopsychiatrie tandis qu'un suivi ambulatoire a été proposé aux quatre autres.

3.1.4. Conclusions :

Dans notre pratique clinique nous n'avons jamais rencontré de jeune ayant réellement pris part au Défi de la Baleine Bleue. La littérature scientifique évoque des jeunes qui s'inspirent de ce défi pour mettre en scène leur mal-être. Il s'agit de jeunes qui présentent en général une symptomatologie dépressive, avec de pauvres capacités de gestion émotionnelle et une tendance à l'isolement social.

4. Le sexting

4.1. Introduction :

Le sexting consiste en l'envoi de contenus sexuels via internet. Même si cette pratique peut faire partie d'une relation amoureuse normale, elle est corrélée avec des comportements sexuels à risque, à la prolifération de la pornographie infantile et au harcèlement.

4.2. Cas clinique :

Justine, 13 ans, est admise en sous-unité de crise du service de pédopsychiatrie pour prise en charge d'une symptomatologie anxiodépressive avec idéations suicidaires. L'élément déclencheur semble être une agression sexuelle dont elle aurait été victime peu de temps auparavant. Justine nous expliquera avoir fait la connaissance d'un garçon âgé de 19 ans sur les réseaux sociaux. Ils ont rapidement sympathisé. Justine a été tout particulièrement flattée de l'intérêt du jeune homme, d'autant plus qu'elle complexe beaucoup par rapport à son poids. Au cours d'une discussion, le garçon lui a demandé de lui envoyer des photos d'elle dénudée. Une fois les photos envoyées, l'homme a exercé sur elle un chantage : soit ils se rencontrent pour un rapport sexuel, soit il diffuse la photo sur les réseaux sociaux. Justine nous a expliqué ne pas avoir eu d'autres choix que de consentir à un rapport sexuel.

Camélia, 16 ans, est hospitalisée en pédopsychiatrie après une intoxication médicamenteuse volontaire. La jeune nous explique être déprimée et avoir des idées suicidaires depuis plusieurs semaines. Elle attribue son mal-être au harcèlement dont elle dit être victime de la part de ses camarades de classe depuis que des photos d'elle en sous-vêtements circulent. Elle explique avoir envoyé ces photos à un garçon dont elle était amoureuse. Celui-ci aurait ensuite fait circuler les photos.

4.3. Discussion :

Les cas cliniques que nous venons de détailler illustrent des risques liés au sexting. Dans les deux cas, nous sommes face à des jeunes filles qui au départ ont une piètre image d'elles-mêmes. Elles discutent avec des garçons qui leur plaisent. Ceux-ci, leur demandent des photos dénudées. Elles s'exécutent sans imaginer les conséquences que leur geste aura dans le futur. Notons que dans les deux cas, les photos dénudées ont été envoyées à des garçons avec lesquels Justine et Camélia n'entretenaient pas officiellement une relation amoureuse.

Le sexting semble être un comportement relativement fréquent dans la population adolescente. En fonction des études et de la définition donnée au sexting, la fréquence du comportement est évaluée entre 9 et 60%. L'envoi de photos osées se rencontre dans 5% des cas. Le contenu des messages ou les éventuelles photos sont envoyés à une personne tierce par le receveur dans plus ou moins 2% des cas. (Barrense-Dias et al., 2017).

Il existe une corrélation positive entre le sexting et d'autres comportements à risque. Les facteurs de risque d'un tel comportement semblent être l'impulsivité, l'extraversion et une symptomatologie dépressive préalable. (Gamez-Guadix et al., 2018).

4.4. Conclusions :

Il semble y avoir tout un travail de prévention vis-à-vis du sexting. Cette pratique peut faire partie d'une relation amoureuse normale. Dans les deux cas cliniques que nous avons développés, les jeunes ont envoyé des photos d'elles-mêmes à des personnes qu'elles ne connaissaient pas bien. C'est probablement là que se situe le problème.

5. Références :

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Barrense-Dias, Y., Berchtold, A., Suris, J.C., Akre, C (2017). Sexting and the Definition Issue. *Journal of Adolescent Health*, 61, 544-554
- Gamez-Guadix, M., de Santisteban, P. (2018). "SexPics?": Longitudinal Predictors of Sexting Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 63, 608-614
- Kuss, J.D. et Griffiths, M.D. (2017). Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned
- Lupariello, F., Curti, S.M., Coppo, E., Racalbutto, S.S., Di Vella, G. (2018). *Journal of Forensic Sciences*. J Forensic Sci. doi: 10.1111/1556-4029.13880.
- Mukhra, R., Baryah, N., Krishan, K., Kanchan, T. (2017). 'Blue Whale Challenge': A Game or Crime? *Sci Eng Ethics*. doi: 10.1007/s11948-017-0004-2.
- Tsitsika, A.K., Tzavela, E.C., Janikian, M., Ólafsson, K., Iordache, A., Schoenmakers, T.M., Tzavara, C., Richardson, C. (2014). Online Social Networking in Adolescence: Patterns of Use in Six European Countries and Links With Psychosocial Functioning. *J Adolesc Health*, 55, 141-7.