UNIVERSITE DE NANTES

□□□□

FACULTE DE MEDECINE

□□□□

Année 2009 N° 177

THESE
pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S. de Psychiatrie

par

Julie Urbain
née le *20 septembre 1980 à Cormeilles en Parisis*

□□□□

Présentée et soutenue publiquement le *27 octobre 2009*

□□□□

IVRESSES A L'ADOLESCENCE : Quel rôle pour le pédopsychiatre dans la prise en charge des adolescents admis aux urgences pédiatriques pour une intoxication alcoolique aiguë ?

Président : **Monsieur le Professeur VENISSE**

Directeur de thèse : **Monsieur le Professeur AMAR**

SOMMAIRE

INTRODUCTION : 9

PREMIERE PARTIE : 11

CONNAITRE LES NOUVELLES MODALITES DU « BOIRE » ADOLESCENT 11

ET SES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE 11

1. EPIDEMIOLOGIE : DE NOUVELLES FORMES D'ALCOOLISATION A L'ADOLESCENCE ? 12

1.1. Introduction. 12

1.2. L'initiation à l'alcool: des expérimentations de l'alcool et de l'ivresse précoces et importantes selon HSBC 2006 (Legleye, 2008). 15

1.3. Les consommations d'alcool à 15 ans d'après HSBC 2006. 17

1.4. Les usages de l'alcool à 16 ans selon l'enquête ESPAD 2007 (Legleye, 2009). 20

1.5. Les conduites d'alcoolisation à 17 ans selon l'enquête ESCAPAD 2008 (Legleye, 2009). 27

1.6. Les regards européen et régional. 36

1.7. Conclusion 45

2. REGARDS SOCIOLOGIQUES SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL DES JEUNES EN FRANCE. 49

2.1. Introduction. 49

2.2. Aspects culturels et historiques de l'ivresse en France. 49

2.3. La société face à l'alcoolisation des jeunes : une succession de paradoxes. 69

2.4. Ce que dit la loi : la législation française sur les mineurs et l'alcool. 91

3. CONNAÎTRE LES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE DES NOUVELLES MODALITES D'ALCOOLISATION DES JEUNES. 100

3.1. Introduction : des intoxications alcooliques aiguës et une alcoolisation plus précoce. 100

3.2. Les risques de l'intoxication alcoolique aiguë. 102

3.3. Les risques d'une alcoolisation précoce. 117

3.4. Conclusion : du risque au repérage. 124

DEUXIEME PARTIE : 126

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE 126

1. ADOLESCENCE ET SOCIETE : INTEGRER LA DIMENSION SOCIETALE DES CONDUITES AGIES DE L'ADOLESCENT 127

1.1. La société postmoderne ou l'avènement de l'individu souverain. 127

1.2. Les « nouvelles familles ». 135

1.3. L'adolescent hypermoderne. 147

1.4. Conclusion. 158

2. LES CONTEXTES D'INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUË CHEZ LES ADOLESCENTS. 160
2.1. Introduction : alcool et adolescence, les liaisons dangereuses ? *160*
2.2. L'ivresse en tant que conduite d'essai. *161*
2.3. L'ivresse en tant que conduite de risque. *179*
2.4. L'ivresse en tant que conduite de dépendance. *206*
2.5. Conclusion : repérer les usages problématiques. *223*
3. DE LA SENSATION AU SENS : UN TRAVAIL DE RELATIONS. 231
3.1. Le sens du soin en pédopsychiatrie de liaison. *231*
3.2. L'entretien avec l'adolescent : rencontre d'une histoire, histoire d'une rencontre ? *240*
3.3. Conclusion. *251*
CONCLUSION 253
ANNEXES 255
BIBLIOGRAPHIE : 262
PLAN DETAILLE 273

A Mme le Dr Nicole Garret-Gloanec

Avec le souvenir ému de notre premier échange

INTRODUCTION :

Emergence de « nouveaux » phénomènes de type *binge drinking*, explosion du marché des boissons alcoolisées aromatisées à destination des plus jeunes, troubles à l'ordre public de hordes de jeunes alcoolisés dans les centres-villes laissant des « cadavres » de bouteilles sur leur passage… les clichés médiatiques du rapport des adolescents à l'alcool sont légions et volontiers alarmistes. Les professionnels de santé s'inquiètent de l'augmentation des comas éthyliques aux urgences pédiatriques, les enseignants de l'état de leurs élèves alcoolisés parfois dès le matin, les parents ne savent plus quoi faire… Le législateur utilise ce climat de panique pour interdire la vente d'alcool aux mineurs… Le tabou des conséquences négatives de l'alcoolisation des adolescents et notamment des ivresses serait-il en train d'être levé ?

Depuis le début des années 2000, la Haute Autorité de Santé préconise, pour la prise en charge des adolescents admis aux urgences pour une intoxication alcoolique aiguë, une évaluation psychologique systématique. Quel peut être le rôle du pédopsychiatre face à ce désormais « flagrant délit » d'ivresse à l'adolescence ? Que doit-il engager dans cette rencontre, sollicitée au double titre de l'ivresse et de la jeunesse du patient, dans le cadre de sa mission de service public à l'hôpital ? Sous quel mandat ? Quels sont les enjeux de son intervention vis-à-vis du jeune et vis-à-vis de la société qui l'a sollicitée ? Telles sont quelques unes des interrogations qui ont présidé à l'élaboration de ce travail.

Pour tenter d'y répondre, nous nous sommes penchés dans la première partie sur les modalités contemporaines de l'alcoolisation à l'adolescence. Au-delà des images alarmistes et anxiogènes véhiculées par les médias, quelles sont les réalités épidémiologiques caractérisant le « boire » adolescent ? Entre les invariants culturels et les formes actualisées de l'ivresse, quels sont les regards portés par la société contemporaine sur l'alcoolisation de sa jeunesse ? Quels sont les enjeux de santé publique posés par cette réalité adolescente ?

Nous nous sommes ensuite interrogés, dans la seconde partie de ce travail, sur les réponses pédopsychiatriques possibles, d'un point de vue plus pragmatique, en termes d'évaluation et de prise en charge de ces jeunes patients. Sur quels repères, quelles valeurs,

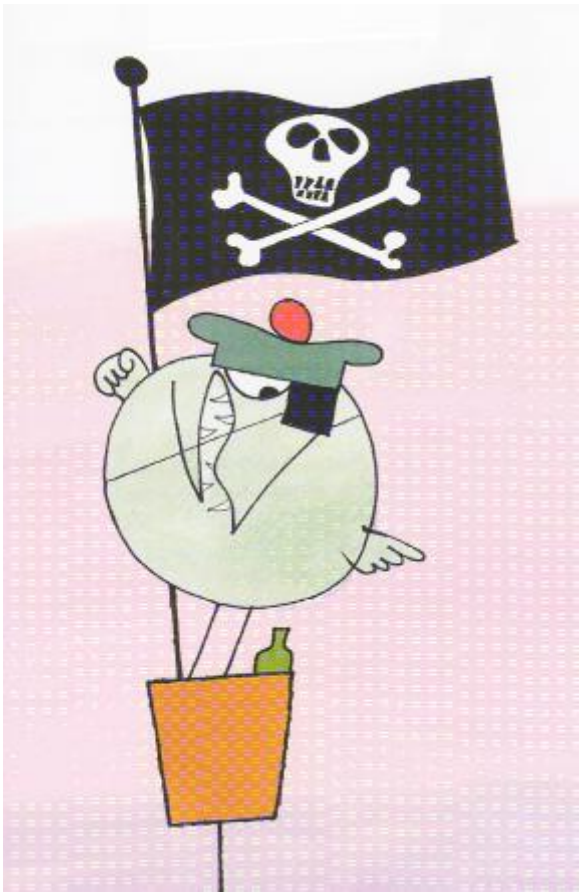
quelles constructions des adolescents de « l'ère postmoderne » pouvons-nous nous appuyer pour comprendre les déterminants de ces conduites et y répondre ? Quels sont les différents contextes dans lesquelles ces intoxications alcooliques aiguës peuvent s'inscrire ? Comment s'intègrent-elles dans le processus d'adolescence et dans l'histoire du sujet et de sa famille? Quel en est le pronostic ? Comment le sens du soin en pédopsychiatrie de liaison conditionne-t-il la rencontre avec l'adolescent ?

Le sujet de l'ivresse à l'adolescence est un domaine très vaste dans lequel il est aussi passionnant que facile de se perdre - les chemins de traverses permettant souvent d'enrichir la perspective. L'expérience de nos aînés nous a servi de boussole, de même que leur exhortation à ne cesser de confronter la pratique et la théorie, « *dans une réévaluation permanente de l'une à la lecture de l'autre* » (D. Marcelli, 1991).

PREMIERE PARTIE :

CONNAITRE LES NOUVELLES MODALITES DU « BOIRE » ADOLESCENT

ET SES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE



- EPIDEMIOLOGIE
- SOCIOLOGIE
- SANTE PUBLIQUE

1. EPIDEMIOLOGIE : DE NOUVELLES FORMES D'ALCOOLISATION A L'ADOLESCENCE ?

1.1. Introduction.

La consommation de produits psycho-actifs à l'adolescence fait l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics et des acteurs de santé et de prévention. C'est en effet durant cette période qu'ont lieu les premières expériences de prises de produits, licites ou non, et que peuvent s'installer leurs consommations régulières, susceptibles d'entraîner, à moyen et long terme, une dépendance et donc une consommation durable de produits délétères pour la santé. S'y ajoute leur rôle important dans la survenue des accidents, qui constituent la première cause de mortalité chez les jeunes. Enfin, et notamment en raison de la dimension auto-thérapeutique qu'elles sont toutes susceptibles d'avoir, ces conduites constituent parfois des signes d'alerte voire des symptômes qu'il importe de prendre en compte.

Pour ces raisons, les institutions de santé publiques ont monté des dispositifs d'enquêtes sur les consommations de produits psycho-actifs des adolescents.

1.1.1. Présentation des enquêtes utilisées.

L'OFDT (**Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies**) a progressivement mis en place un dispositif d'observation des consommations de produits psychoactifs à l'adolescence. Les données épidémiologiques recensées pour ce travail sont issues de différentes enquêtes réalisées aux plans international, national, régional et local au cours de la dernière décennie.

- L'enquête **HSBC 2006** (Health Behaviour in School-aged Children), est menée avec la collaboration de l'INPES (Institut National pour la Prévention et l'Education à la Santé) et de l'OFDT. Elle s'intéresse aux **élèves de 11, 13 et 15 ans scolarisés** et à leurs comportements de santé et leurs consommations de produits psychoactifs.

- L'enquête **ESPAD 2007** (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) est réalisée en collaboration avec l'OFDT et l'INSERM. Cette enquête s'intéresse aux consommations et aux usages des **élèves de 16 ans.**

- L'enquête **ESCAPAD 2008** (Enquête sur la Santé et le Comportement lors de l'Appel de Préparation à la Défense) complète le dispositif. Elle est réalisée par l'OFDT, en partenariat avec la Direction du Service National. Elle se centre sur la santé, les usages de drogues et les modes de vie de **l'ensemble des jeunes français de 17 ans, scolarisés ou non**.

- L'enquête **Baromètre Santé Jeune Pays de la Loire 2005, réactualisé en 2008** concerne les consommations de tabac, d'alcool de et drogues illicites **des 12-25 ans de la région.** Cette enquête a été conduite en partenariat avec l'INPES, selon un protocole et un calendrier identiques à ceux du Baromètre Santé national, institué par cet organisme.

Ces quatre enquêtes permettent d'étudier d'une part la fréquence et l'évolution des usages tout au long de l'adolescence, d'autre part, la transformation des comportements des différentes générations étudiées sur la dernière décennie. Leur méthodologie est détaillée dans l'annexe 1. Elles ont pour limite de recueillir des données subjectives car obtenues par des auto-questionnaires soumis aux jeunes. D'où l'intérêt de confronter leurs résultats aux enquêtes « de terrain » réalisées aux urgences pédiatriques (Picherot, 2003).

1.1.2. Quelques définitions.

L'**effet âge** correspond à une évolution du comportement au fil du vieillissement des individus.

L'**effet génération** traduit une différence durable de comportement selon la cohorte de naissance.

L'**expérimentation** désigne le fait d'avoir déjà consommé un produit au moins une fois au cours de sa vie et ne préjuge pas de l'actualité de la consommation.

L'**ivresse régulière** désigne le fait d'avoir connu au moins dix épisodes d'ivresses au cours de l'année.

L**'ivresse répétée** concerne les personnes déclarant au moins trois ivresses au cours des douze derniers mois.

La **poly-consommation** désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, plusieurs substances psychoactives.

La **poly-expérimentation** est le cumul d'au moins deux expérimentations de produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis.

Les **prémix** (en France) ou **alcopops** (à l'étranger) sont des mélanges prêts à boire de boissons sucrées, aromatisées et éventuellement colorées et d'alcools forts, dont le titrage se situe entre 5° et 8°, vendus en canette ou en bouteilles de 20 à 33 cl., principalement à destination des jeunes.

Les **NBAA** (Nouvelles Boissons Alcoolisées Aromatisées), selon un terme mis au point par la Fédération Française des Spiritueux, regroupe les RTD (Ready To Drink) de type prémix/alcopops et les « malternatives » qui sont des boissons aromatisées à base de bière.

L'**usage régulier** d'un produit s'entend comme au moins dix épisodes de consommation sur les trente derniers jours.

1.2. L'initiation à l'alcool: des expérimentations de l'alcool et de l'ivresse précoces et importantes selon HSBC 2006 (Legleye, 2008).

1.2.1. Précocité de l'expérimentation de l'alcool.

Pour les plus jeunes adolescents, il apparaît que le produit dont **l'expérimentation déclarée s'avère la plus fréquente est l'alcool**, les **ivresses alcooliques** apparaissant **en 3ème position**, juste derrière le tabac (source HBSC 2006, exploitation OFDT : tableau 1).

Dans l'ensemble, ces expérimentations sont **plus masculines**. Concernant l'expérimentation de l'alcool et des ivresses alcooliques, la surreprésentation masculine, mesurée par le sex ratio, est marquée à 11 ans, mais **l'écart entre les sexes se réduit à 13 et à 15 ans.** En définitive, si les garçons présentent des expérimentations plus précoces, celles des filles, plus tardives, sont aussi plus massives, du moins jusqu'à 15 ans.

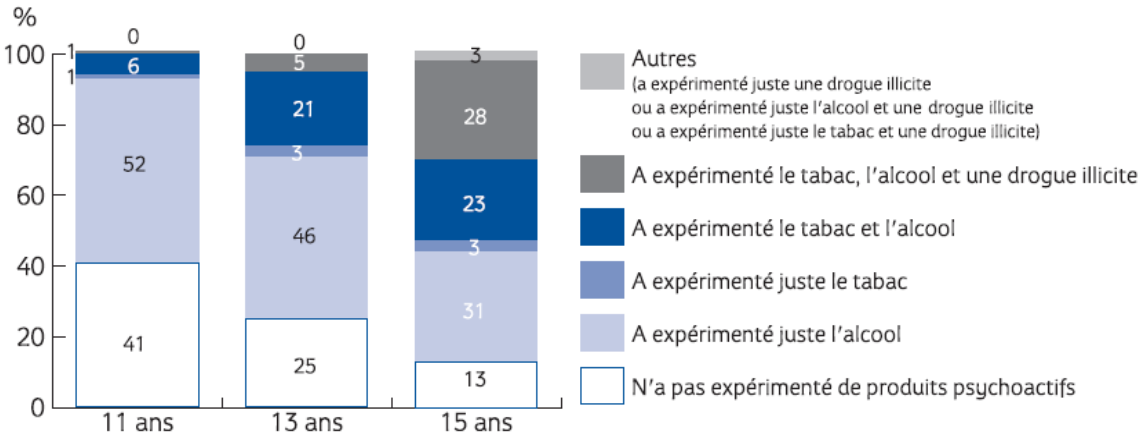
Tableau 1 - Expérimentations de tabac, d'alcool, de cannabis suivant le sexe et l'âge (%)

		Garçons	Filles	Sex ratio	Ensemble	Ratio 1	Ratio 2
Alcool	11 ans	64	54	1,2 ***	59		
	13 ans	74	71	1,0 ns	72	1,2***	
	15 ans	84	83	1,0 ns	84	1,2***	1,4***
Tabac	11 ans	10	5	1,9 ***	8		
	13 ans	30	29	1,1 ns	29	3,8***	
	15 ans	52	57	0,9 *	55	1,9***	7,2***
Ivresse	11 ans	9	4	2,3 ***	6		
	13 ans	17	14	1,2 ns	16	2,5***	
	15 ans	44	38	1,2 **	41	2,6***	6,6***
Cannabis	11 ans	1	1	2 ns	1		
	13 ans	5	4	1,3 ns	5	4,4***	
	15 ans	30	25	1,2 *	28	5,7***	25,0***

*Lecture : *, **, *** et ns : test du chi-2 pour la comparaison des sexes, significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif.*
Ratio 1 et 2 : rapport des niveaux entre générations.
Source : HBSC 2006, exploitation OFDT

La diffusion de l'alcool apparaît très précoce puisque 59% des jeunes de 11 ans déclarent en avoir déjà bu. Ce chiffre passe à 84% à 15 ans (source HBSC 2006, exploitation OFDT : figure 1).

Figure 1 - Poly-expérimentations des produits psychoactifs selon l'âge (%)



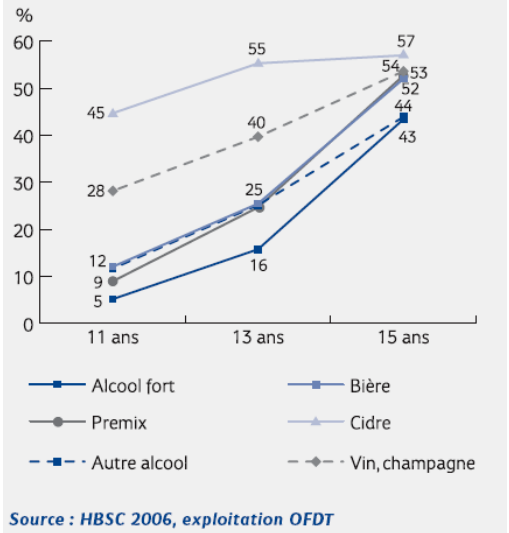
Source : HBSC 2006, exploitation OFDT

Lecture : à 11 ans 52 % des élèves ont consommé au moins une fois de l'alcool et aucun autre produit psychoactif. En revanche, 1 % a déjà consommé à la fois de l'alcool, du tabac et un produit illicite, cannabis compris.

1.2.2. Les premières boissons alcoolisées consommées orientées par le goût et l'accessibilité.

Le questionnaire permet de d'identifier cinq types de boissons alcoolisées (cidre, vins et champagne, bière, prémix et alcools forts), ainsi qu'une catégorie résiduelle, « autres alcools » (source HBSC 2006, exploitation OFDT : figure 3).

Figure 3 - Types de boissons alcoolisées consommées actuellement selon l'âge (%)



Source : HBSC 2006, exploitation OFDT

Le cidre est de loin le produit le plus consommé, devant les vins et champagnes, puis la bière et les prémix. Néanmoins, la diffusion de ces alcools varie suivant l'âge. A 11 ans et 13 ans, deux groupes de boissons se distinguent : le cidre ensuite les vins et champagnes, largement plus consommés, puis, dans l'autre groupe, la bière, les prémix et les « autres alcools », les spiritueux étant en retrait. A 15 ans, les écarts se réduisent considérablement, mais les spiritueux et les « autres alcools » restent encore à l'écart. Il semblerait donc que **le goût ou les opportunités de consommation des plus jeunes les amènent à préférer les boissons sucrées et faiblement alcoolisées** comme le cidre, aux boissons plus titrées ou plus amères comme le vin, les spiritueux ou la bière. Les prémix n'apparaissent pas plus populaires que la bière ou les spiritueux même s'ils sont légèrement plus diffusés que ces derniers. Il s'avère par ailleurs qu'il existe **très peu de différences entre filles et garçons concernant le type de boissons** alcooliques consommées. **Ce classement se modifiera nettement à la fin de l'adolescence.**

1.3. Les consommations d'alcool à 15 ans d'après HSBC 2006.

1.3.1. Une diffusion quasiment achevée vers 15 ans.

Près de 60% des jeunes de 15 ans déclarent avoir bu de l'alcool au cours des trente derniers jours et un peu moins d'un sur dix en a bu régulièrement. **Les épisodes d'ivresse alcoolique au cours du mois écoulé sont presque deux fois plus répandus que la consommation régulière** (source HBSC 2006, exploitation OFDT : tableau 2).

Tableau 2 - Niveaux d'usages récents de tabac, d'alcool et de cannabis à 15 ans

	Garçons	Filles	sex ratio	Ensemble
Tabac occasionnel	10	13	0,8 *	12
Tabac quotidien	17	19	0,9 ns	18
Alcool au cours du mois	60	57	1,1 ns	58
Alcool régulier	11	5	2,1 ***	9
Ivresse au cours du mois	20	12	1,7 ***	16
Cannabis au cours du mois	14	11	1,3 *	12
Cannabis régulier	5	2	2,7 ***	3

Tabagisme occasionnel : au moins une fois par mois mais moins d'une cigarette par jour

*Lecture : *, **, *** et ns : test du chi-2 pour la comparaison des sexes, significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif.*

Source : HBSC 2006, exploitation OFDT

A 15 ans, la prévalence de l'usage régulier d'alcool avoisine celle mesurée à 17 ans (9% versus 12%), celle du tabagisme quotidien dépasse la moitié (18% versus 33%) alors que celle du cannabis régulier n'en est qu'à un tiers. Ce contraste est à mettre en regard du différentiel de diffusion de ces produits à l'adolescence et vient souligner **la précocité et la prééminence de l'alcool.**

1.3.2. Un sex ratio évolutif, vers une sexuation des usages.

La surreprésentation masculine est très importante pour l'usage régulier comme pour l'ivresse alcoolique, qui concerne un jeune sur six sur la même période de trente jours.

L'étude du sex ratio, en comparaison des données recueillies à 17 ans, suggère que, jusqu'à un certain stade du processus d'entrée dans les usages, garçons et filles ont des comportements plus proches que par la suite, quand les consommations s'installent, et que l'interprétation du sex ratio doit prendre en compte l'âge et le calendrier de diffusion des produits.

Tableau 4 - Usages réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis suivant le nombre de soirées passées avec des amis et la santé perçue (%)

		Tabac	Alcool	Cannabis
Nombre de soirées passées avec des amis au cours des 7 derniers jours	Aucune (35 %)	8	4	2
	1 à 2 (43 %)	18	8	3
	3 et plus (22 %)	33 ***	17 ***	7 ***
Santé perçue	Excellente ou bonne (85 %)	15	8	3
	Assez bonne ou mauvaise (15 %)	34 ***	12 *	6 **

*Lecture : 34,8 % des adolescents déclarent ne pas avoir passé de soirées avec leurs amis au cours des 7 derniers jours, parmi eux, 7,8 % sont des fumeurs quotidiens ; *, **, *** et ns : test du chi-2 significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif.*

Source : HBSC 2006, exploitation OFDT

1.3.3. Une sociabilité et une santé perçue en lien avec l'usage de produits psycho-actifs.

L'enquête HSBC 2006 permet de décrire certains éléments du mode de vie des adolescents (source HBSC 2006, exploitation OFDT : tableau 4). Le lien entre la sociabilité des adolescents (« passer du temps le soir avec ses amis ») et les usages de produits psycho-actifs est très marqué : la proportion d'usagers réguliers varie d'un facteur 4 à 5 avec la fréquence des sorties vespérales (facteur 4 pour l'alcool), ce qui souligne le **caractère social de ces usages.**

En grande majorité, les jeunes de 15 ans jugent leur état de santé de manière très positive. Ce jugement est négativement corrélé aux usages de produits psycho-actifs. Les problèmes de santé de santé liés à ces produits ne sont généralement perceptibles qu'après plusieurs années d'usage. Ce résultat pourrait donc traduire l'existence de consommations liées à des tensions ou à de l'anxiété. Enfin, certains adolescents peuvent avoir assimilé les discours de santé publique qui associent consommation de produits psycho-actifs et problèmes de santé. De ce point de vue, les jeunes consommateurs pourraient ainsi exprimer le fait qu'ils sont conscients des risques qu'ils prennent pour leur santé future, ce qui reste à explorer plus avant.

1.3.4. Conclusions à propos de l'enquête HSBC 2006

Les résultats de l'enquête HSBC 2006 viennent **réaffirmer la prééminence de l'alcool à l'adolescence.** Il est probable que les niveaux élevés des consommations de cidre, vin ou champagne s'expliquent par leur **consommation dans le cadre familial**, ce qui est certainement moins le cas des autres boissons : soit qu'elles sont ignorées des adultes, comme les prémix, soit que leurs images demeurent encore trop éloignées de ce qui, aux yeux des adultes, apparaît convenable pour des adolescents, comme les spiritueux ou la bière.

Il apparaît donc que l'initiation à l'alcool en France est familiale, précoce et importante. Les consommations d'alcool pendant la primo adolescence sont fortement marquées d'une part par l'influence des consommations familiales, d'autre part par l'association à d'autres produits psycho-actifs en présence de pairs. L'alcool à 15 ans se trouve donc au carrefour de deux mondes, celui de la famille et celui des pairs, et vient, de ce fait, rencontrer de plein fouet la problématique adolescente.

1.4. Les usages de l'alcool à 16 ans selon l'enquête ESPAD 2007 (Legleye, 2009).

1.4.1. L'alcool est un produit courant, l'ivresse, une expérience connue et les alcoolisations massives ponctuelles, une pratique familière.

L'alcool est le produit le plus diffusé : 88% des élèves de 16 ans ont déjà bu de l'alcool au cours de leur vie, sans distinction entre les sexes (source ESPAD2007, OFDT-INSERM : tableau 1).

Tableau 1 - Consommations de tabac, alcool et cannabis selon le sexe en 2007 (% et sex ratio)

	Garçons %	Filles %	Sex ratio	Ensemble %
Tabac				
Expérimentation (≥1 usage / vie) Cigarette	58	61	0,9 ns	60
Usage occasionnel de cigarettes	11	15	0,7 **	13
Usage quotidien (≥ 1/jour) de cigarettes	18	16	1,1 ns	17
Usage quotidien plus de 10 cig. par jour	5	4,6	1,1 ns	4,8
Alcool et ivresses				
Expérimentation (≥1 usage / vie) alcool	89	88	1,0 ns	88
Alcool ≥1 usage / année	82	81	1,0 ns	81
Alcool récent (≥1 usage / mois)	66	62	1,1*	64
Usage régulier (≥10 /mois) d'alcool	18	9	2,1 ***	13
Expérimentation (≥1 usage / vie) ivresse	47	45	1,1 ns	46
Ivresse ≥1 / année	37	35	1,1 ns	36
Ivresse régulière (≥10 /an)	4,2	2,7	1,6 *	3,5
5 verres et +/occasion au cours du mois (≥ 1 /mois)	44	34	1,3 ***	39
5 verres et +/occasion au cours du mois(≥10 /mois)	4,5	1,2	3,9***	2,8
Cannabis				
Expérimentation (≥1 usage / vie) cannabis	35	27	1,3 ***	31
Cannabis ≥1 usage / année	28	21	1,3 ***	24
Cannabis récent (≥1 usage / mois)	18	12	1,5 ***	15
Usage régulier (≥10 /mois) de cannabis	5,0	2,0	2,5 ***	3,5

Ns, *, **, *** : test du Chi² pour la comparaison des sexes non significatif et significatif au seuil 0.05, 0.01 et 0.001.

Source : ESPAD 2007 OFDT-INSERM

La consommation régulière concerne un jeune sur huit et c'est un comportement fortement masculin : **en 2007, pratiquement un garçon de 16 ans sur cinq déclare au moins dix usages dans le mois contre moins d'une fille sur dix.**

Concernant les ivresses, près de la moitié des jeunes de 16 ans déclarent avoir été déjà ivres au cours de leur vie, plus d'un tiers (36%) au cours des douze derniers mois et **3,5% au moins dix fois au cours de cette même période**. Comme la consommation d'alcool, l'ivresse s'avère plutôt masculine, mais l'écart entre les sexes est moins prononcé pour ce comportement.

Concernant les alcoolisations massives ponctuelles assimilées parfois au *binge drinking* des anglo-saxons, (cinq verres ou plus au cours d'une même occasion), **quatre jeunes sur dix déclarent une telle pratique au cours des trente derniers jours.** Cette conduite d'alcoolisation ponctuelle, clairement supérieure aux recommandations de l'OMS, correspond à près des **deux tiers des alcoolisations au cours du mois précédent** (39% versus 64%). Les adolescents de 16 ans distinguent le *binge drinking* de l'ivresse puisqu'un peu moins de la moitié (42%) de ceux qui déclarent avoir consommé cinq verres ou plus au cours du mois écoulé dit également avoir été ivre au cours de la même période. Ceci pose la question, soit du développement d'une certaine tolérance à l'alcool, soit de la représentation de l'ivresse par ces jeunes (ivre = ivre mort ?).

On note enfin que près de **3% des élèves ont une consommation franchement inquiétante, en déclarant avoir bu cinq verres ou plus à plus de 10 occasions au cours des trente derniers jours.** Le sex ratio est proche de 4, venant signifier à nouveau la prééminence masculine de ces conduites d'alcoolisation.

1.4.2. Un choix de boissons qui se modifie et des alcools perçus comme accessibles.

L'enquête ESPAD permet de considérer la perception de l'accessibilité d'un produit grâce à une question spécifique (source ESPAD 2007, OFDT-INSERM : tableau 3). **Globalement, toutes les boissons alcoolisées sont perçues comme accessibles à une large part des élèves.**

Le classement des boissons alcoolisées en fonction du nombre de leurs consommateurs au cours du mois montre que **les bières, le champagne et les spiritueux sont les boissons les plus populaires à 16 ans,** avec respectivement 47%, 42% et 41% de consommateurs. Ces trois types de boissons alcoolisées se situent nettement devant le cidre, les prémix et le vin dont les niveaux d'usages sont compris entre 82% et 31%.

Cette évolution dans le choix des boissons préférentiellement consommées pourrait indiquer une **évolution du contexte de consommation, moins familial et plus amical**.

Tableau 3 - Accessibilité du tabac, de boissons alcoolisée, de cannabis et autres produits à 16 ans (%)

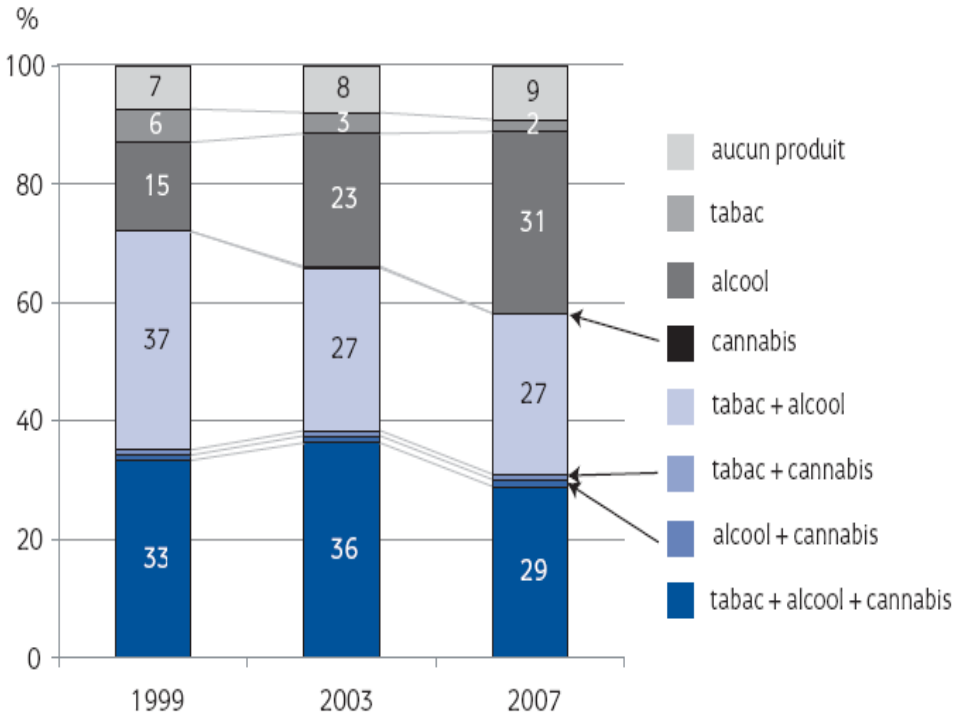
n=2807	Impossible de se procurer…	Difficile (assez ou très …) de se procurer …	Facile (assez ou très …) de se procurer…	Ne sait pas
Des cigarettes	6	9	70	16
De la bière	8	11	73	8
Du cidre	10	12	68	10
Des prémix[3]	12	14	58	16
Du vin	13	14	64	9
Des alcools forts	14	22	55	9
Du champagne	10	22	57	10
Du cannabis	23	23	42	12
Des tranquillisants, somnifères	23	28	36	13
Produits à inhaler	27	18	39	15

Source : ESPAD 2007 OFDT-INSERM

1.4.3. Une poly-expérimentation plus que poly-consommation régulière.

En 2007, à 16 ans, seul un adolescent sur onze (9%) déclare n'avoir jamais pris ni alcool, ni tabac, ni cannabis (source ESPAD 2007, OFDT-INSERM : figure 2). **Si une importante majorité des adolescents déclarent des poly-expérimentations, il s'agit principalement de l'association tabac/alcool (27%) ou tabac/alcool/cannabis (29%).** Dans la majorité des cas, ces consommations concernent plus les garçons que les filles ; une seule exception, la consommation de tranquillisants et somnifères, associée ou non à la prise d'alcool qui reste un comportement plus féminin

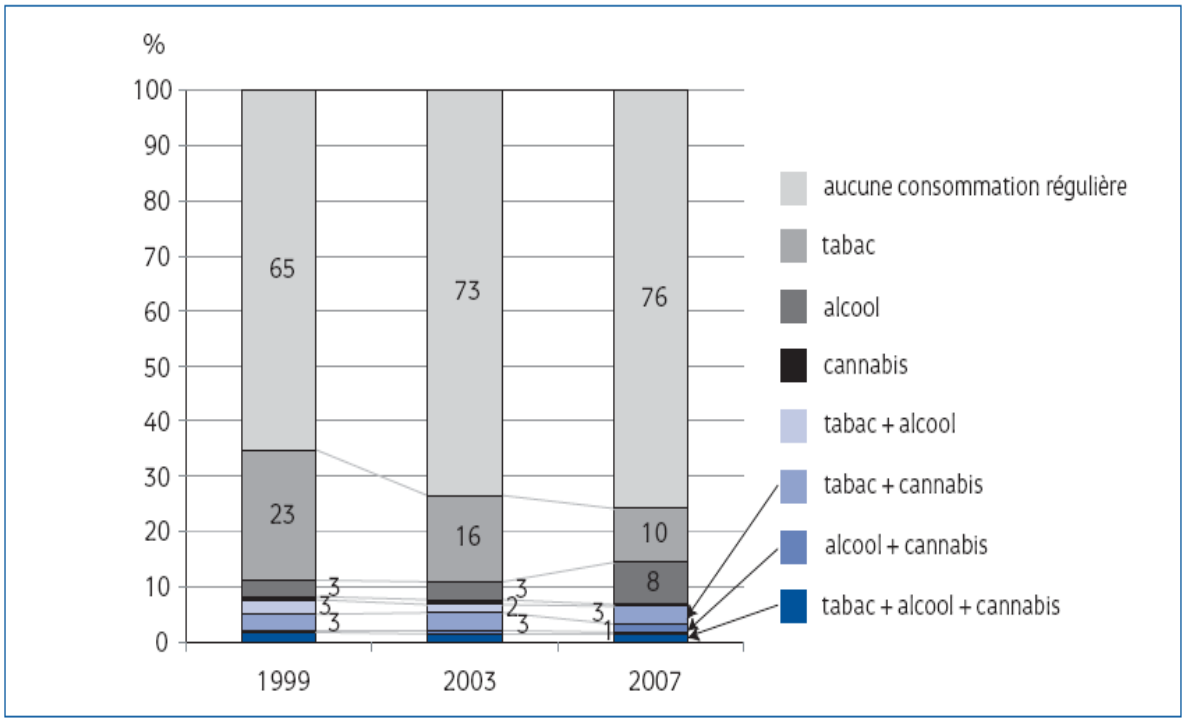
Figure 2 - Évolutions des expérimentations d'alcool, de tabac et de cannabis entre 199 et 2007 (%)



Sources : ESPAD 1999, 2003 et 2007, OFDT-INSERM

En 2007, 24% des élèves disent avoir consommé régulièrement au moins un produit durant les trente derniers jours (source ESPAD1999, 2003 et 2007, OFDT-INSERM : figure 3). Les **consommations régulières** les plus communes sont les consommations régulières exclusives de tabac (10%) ou **d'alcool (8%)**, tandis que 7% des élèves consomment au moins deux produits régulièrement (et sont donc par définitions de poly-consommateurs réguliers). La combinaison la plus fréquente est l'association d'alcool et de tabac (3,4%) des adolescents. **La poly-consommation régulière apparaît donc nettement moins répandue que la poly-expérimentation, qui semble plus largement être la norme.**

Figure 3 - Évolutions des consommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis entre 1999 et 2007 (%)



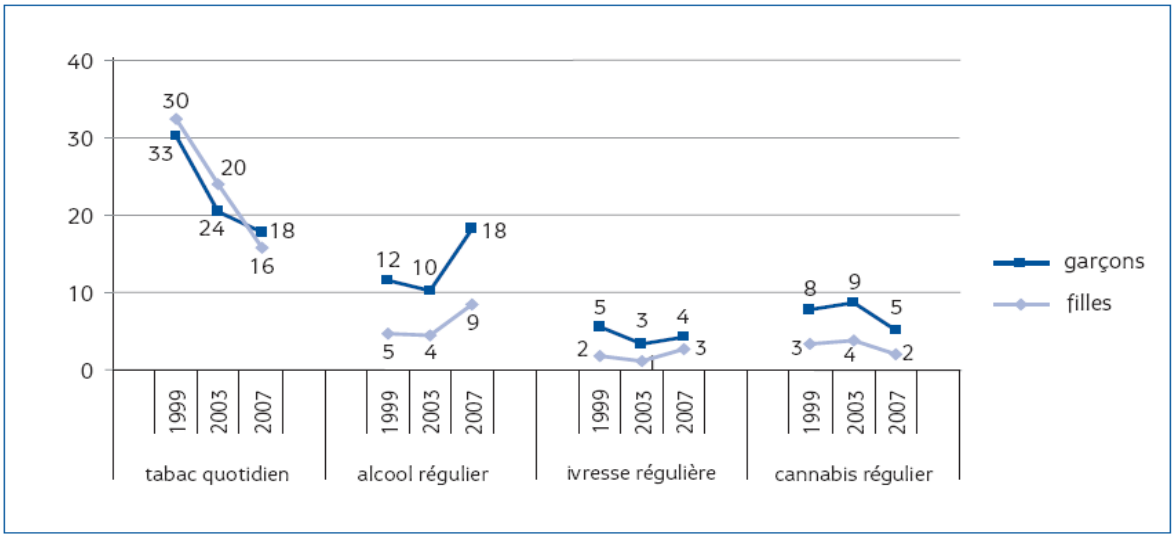
Sources : ESPAD 1999, 2003 et 2007, OFDT-INSERM

1.4.4. Une évolution récente des usages à 16 ans (1999-2007).

Concernant les usages réguliers, on constate une **franche augmentation de la consommation d'alcool entre 1999 et 2007 pour la consommation régulière** (au moins dix épisodes de consommation au cours des trente derniers jours), et une **stabilisation du nombre d'ivresses régulières sur la même période, bien que les niveaux d'ivresses apparaissent en hausse entre 2003 et 2007.** A noter qu'au cours de la même période (1999-2007), il y a eu une baisse continue de la consommation quotidienne de tabac, baisse constatée également pour le cannabis au cours de ces quatre dernières années (source ESPAD1999, 2003 et 2007, OFDT-INSERM : figure 1).

Les expérimentations présentent des tendances identiques : une baisse importante et constante pour le tabac et une baisse moindre pour le cannabis**. L'expérimentation de l'alcool seul se révélant en très légère hausse, à un niveau considérable, pour les filles comme pour les garçons : près de neuf jeunes sur dix déclarent en avoir déjà consommé.**

Figure 1 - Évolutions entre 1999 et 2007 de l'usage régulier de tabac (≥ 1 cigarette /jour), d'alcool (≥ 10 usages /mois), et de cannabis (≥ 10 usages /mois) par sexe, à 16 ans



Ensemble (%)	***1999***	***2003***	***2007***
Tabac quotidien *(au moins 1 cigarette par jour au cours des trente derniers jours)*	31	22***	17***
Alcool régulier *(au moins 10 usages au cours des trente derniers jours)*	8	7 ns	13***
Ivresse régulière *(au moins 10 ivresses au cours des douze derniers mois)*	3,7	2,2*	3,5 ns
Cannabis régulier *(au moins 10 usages au cours des trente derniers jours)*	5,5	6,1 ns	3,4***

Ns, *, **, *** : test du Chi² pour la comparaison de deux colonnes adjacentes respectivement non significatif et significatif au seuil 0.05, 0.01 et 0.001 effectué sur les valeurs standardisées (cf. partie méthodologie).

Source : ESPAD 1999, 2003 et 2007 OFDT-INSERM

Ces évolutions des usages de produits psycho-actifs s'accompagnent de modifications importantes de certains aspects de la sociabilité. Les données font en effet apparaître que les élèves interrogés ont un **accès important et croissant aux nouvelles technologies de la communication et du jeu** (Internet, téléphone portable et jeux vidéo) mais que le développement de ces pratiques ne se fait **pas nécessairement au détriment des autres loisirs**, la lecture de livres notamment. De plus, les élèves interrogés en 2007 ne semblent pas davantage violents ou agressifs à l'égard de leurs camarades que leurs prédécesseurs, et enfin, ils jugent que les relations entre filles et garçons sont en large majorité très bonnes.

1.4.5. Conclusions à propos de l'enquête ESPAD 2007.

Ainsi, il apparaît qu'à 16 ans, les jeunes sont déjà près de la moitié à avoir expérimenté l'ivresse. Si le tabac et le cannabis semblent « en perte de vitesse », l'attirance pour le produit alcool ne se dément pas, sa consommation ayant même franchement augmenté au cours de cette dernière décennie.

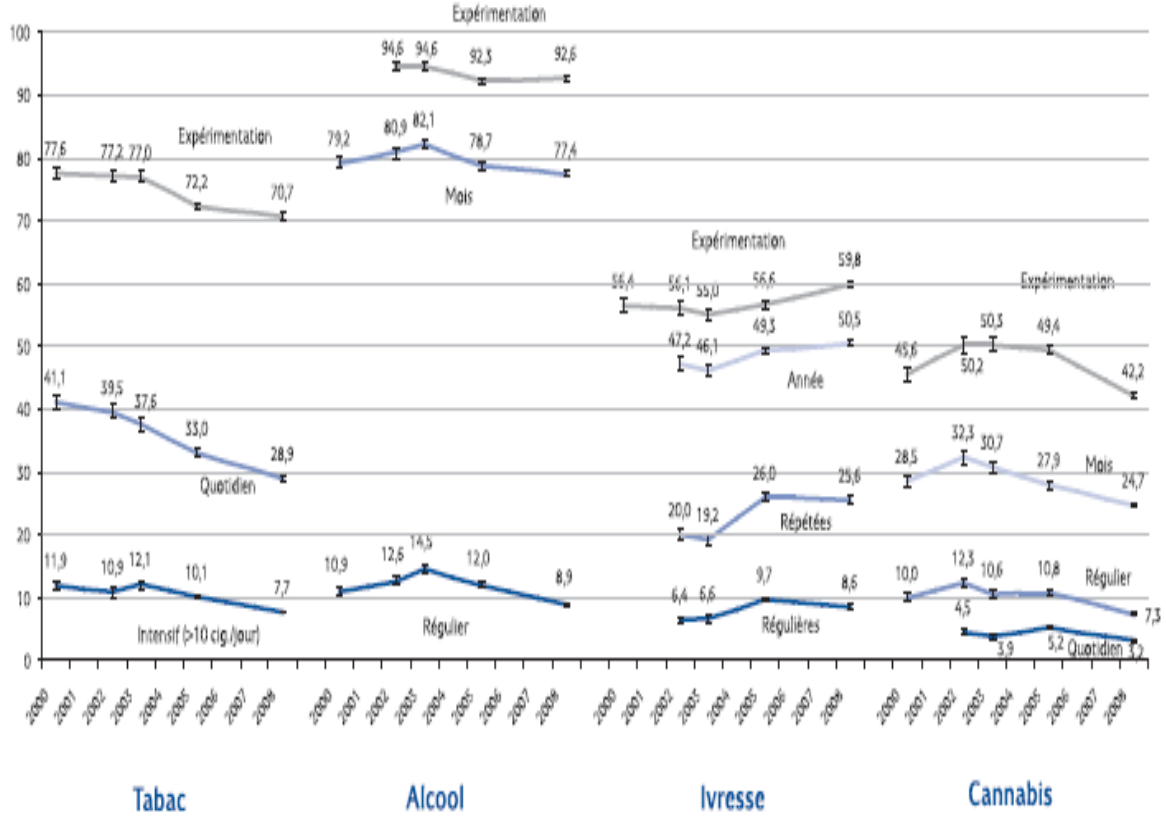
A 16 ans l'alcool est de loin le produit psycho-actif le plus expérimenté, le plus utilisé en consommation occasionnelle et sa consommation régulière est non négligeable, notamment chez les garçons. Le mode de consommation semble pencher vers un usage plutôt ponctuel et massif (5 verres et plus). Une petite proportion de cette population (autour de 3%) semble déjà s'être engagée dans un usage à hauts risques immédiats et à plus long terme.

1.5. Les conduites d'alcoolisation à 17 ans selon l'enquête ESCAPAD 2008 (Legleye, 2009).

1.5.1. Une évolution des usages de 2000 à 2008 : des alcoolisations plus occasionnelles mais plus massives.

Alors que la diminution de l'usage de tabac se voit confirmée dans cette tranche d'âge, de même que la consommation de cannabis, qui marque le pas après son augmentation importante au cours des années 1990, **la consommation d'alcool ne semble pas faiblir même si elle évolue dans ces modalités, avec une diminution de l'usage régulier au profit de l'ivresse et des alcoolisations massives ponctuelles** (source ESCAPAD 2008, OFDT : figure 1).

Figure 1 – Évolutions entre 2000 et 2008 des niveaux d'usage des principaux produits psychoactifs à 17 ans, en métropole



NB : l'intervalle de confiance à 95% est matérialisé par les 2 barres qui entourent le point de mesure

Source : ESCAPAD 2008, OFDT

Que ce soit pour l'expérimentation, l'usage occasionnel ou l'usage régulier d'alcool, on note une tendance à la stabilisation voire à une légère diminution de 2000 à 2008, avec tout de même un taux d'expérimentation de l'alcool à plus de 92% des jeunes de 17 ans ce qui en fait la première des expérimentations, loin devant le tabac et **un usage régulier qui concerne près d'un jeune de 17 ans sur dix.**

Quant à l'expérimentation de l'ivresse, elle est **orientée à la hausse depuis 2003** avec presque 60 % des jeunes déclarant avoir déjà été ivres. On constate la même tendance pour **les ivresses répétées et régulières avec respectivement 25,6% et 8,6% des jeunes concernés.**

Concernant les **consommations ponctuelles sévères d'alcool** (au moins cinq verres en une occasion), on observe la **même tendance à l'augmentation depuis 2005** (source ESCAPAD 2008 : tableau 1). **La répétition d'au moins dix épisodes dans le mois, qui concerne près de 3% des adolescents, très majoritairement les garçons, progresse de 8% en trois ans.**

A noter enfin qu'entre 2000 et 2008, parallèlement à la baisse globale des expérimentations des principaux produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis), les niveaux d'expérimentation des produits psychoactifs illicites hors cannabis ont augmenté. On remarque entre autre une explosion de l'expérimentation du poppers (13,7% en 2008), une hausse de l'expérimentation des inhalants (5,4%), de la cocaïne (3,2%) qui triple le nombre de ses expérimentateurs en trois ans et des amphétamines (2,7%). Il faut préciser que la répétition de ces usages parmi les expérimentateurs est relativement rare.

Tableau 1 - Évolutions 2005-2008 du niveau d'usage de substances psychoactives par sexe à 17 ans en métropole (% en ligne)

	Garçons 2008	Filles 2008	Sex ratio	Ensemble 2008	Ensemble 2005	Évolution[1] (05/08)	Évolution[2] (05/08)
Tabac : Expérimentation	70,5	71,0	1,0***	70,7	72,2	-2 %	-1,5
Usage occasionnel	11,6	11,5	1,0***	11,5	8,1	**43 %**	**3,5**
Usage dans le mois	41,5	39,4	1,1	40,5	41,1	-2 %	-0,6
Usage quotidien	29,9	27,9	1,1*	28,9	33,0	-12 %	-4,1
Usage intensif (> 10 cigarettes par jour)	9,1	6,2	1,5***	7,7	10,1	-24 %	-2,4
Alcool : Expérimentation	93,5	91,7	1,0***	92,6	92,3	0,4 %	0,3
Dans le mois : ≥1 usage	80,5	74,2	1,1***	77,4	78,7	-2 %	-1,3
≥10 usages (régulier)	13,6	4,0	3,4***	8,9	12,0	-26 %	-3,2
≥30 ou quotidien	1,3	0,2	5,4***	0,8	1,2	-39 %	-0,5
Ivresses : Expérimentation	65,1	54,3	1,2***	59,8	56,6	**6 %**	**3,2**
Au cours de l'année : ≥1	56,6	44,1	1,3***	50,5	49,3	**2 %**	**1,2**
≥ 3 (répétées)	32,0	18,9	1,7***	25,6	26,0	-2 %	-0,4
≥10 (régulières)	12,4	4,6	2,7***	8,6	9,7	-11 %	-1,1
5 verres et plus en une occasion							
Dans le mois							
≥1 fois	57,1	39,9	1,4***	48,7	45,8	**6 %**	**2,9**
≥3 fois	27,7	11,3	2,5***	19,7	17,9	**10 %**	**1,8**
≥10 fois	3,8	0,9	4,2***	2,4	2,2	8 %	0,2
Cannabis : Expérimentation	46,3	37,9	1,2***	42,2	49,4	-15 %	-7,2
Dans l'année	40,5	31,1	1,3***	35,9	41,3	-13 %	-5,4
Dans le mois : ≥1 usage	29,5	19,8	1,5***	24,7	27,9	-12 %	-3,2
≥10 usages (régulier)	10,7	3,9	2,7***	7,3	10,8	-32 %	-3,4
≥30 ou quotidien	4,8	1,7	2,9***	3,2	5,2	-37 %	-1,9
Expérimentations de							
Tranquillisants[3]	13,9	23,1	0,6***	18,4	nd	nd	nd
Somnifères[3]	12,1	17,1	0,7***	14,6	nd	nd	nd
Antidépresseurs[3]	4,8	9,6	0,5***	7,2	nd	nd	nd
Expérimentations de :							
Poppers	15,2	12,2	1,2***	13,7	5,5	**148 %**	**8,19**
Produits à inhaler	6,2	4,7	1,3**	5,5	3,6	**54 %**	**1,90**
Champignons hallucinogènes	4,9	2,2	2,3***	3,5	3,7	-4 %	-0,14
Cocaïne	4,0	2,4	1,7***	3,3	2,5	**29 %**	**0,74**
Ecstasy	3,6	2,1	1,7***	2,9	3,5	-18 %	-0,63
Amphétamines	3,5	1,9	1,9***	2,7	2,2	**24 %**	**0,52**
LSD	1,6	0,8	2,1**	1,2	1,1	10 %	0,11
Héroïne	1,4	0,8	1,9	1,1	0,7	**56 %**	**0,39**
Crack	1,3	0,7	1,7*	1,0	0,7	**44 %**	**0,31**
Kétamine	0,8	0,4	2,1**	0,6	0,4	28 %	0,12
Subutex®	0,8	0,3	2,5***	0,5	0,5	2 %	0,01
GHB	0,5	0,3	1,6**	0,4	0,3	**63 %**	**0,17**

*, **, *** : test du Chi-2 significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01, 0.001 pour les comparaisons des sexes. En gras figurent les évolutions significatives au seuil 0.05 (test du Chi-2) ; les baisses significatives sont surlignées en bleu.

1 : Évolution relative calculée sans les arrondis.

2 : Évolution en nombre de points calculée sans les arrondis.

3 : Questions nouvelles en 2008.

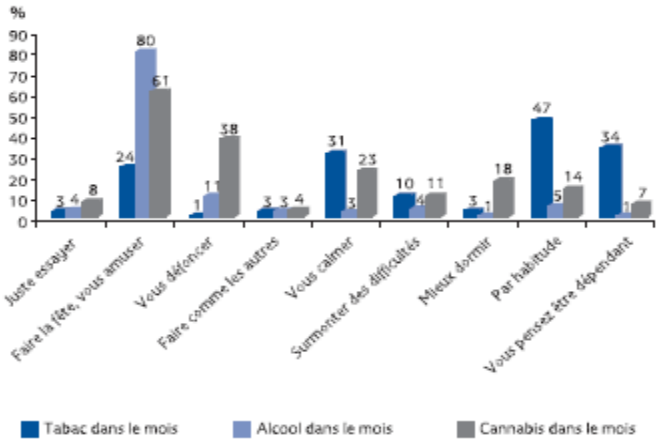
Source : ESCAPAD 2008, OFDT

1.5.2. Des contextes de consommation festifs et de non consommation par goût.

Pour la première fois dans l'enquête ESCAPAD, l'exercice 2008 comporte des questions portant sur les motivations de consommation et de non consommation lors des épisodes récents. Les consommateurs récents avancent des motifs variés et variables suivant les produits pour justifier leurs usages (source ESCAPAD 2008, OFDT : figure 4). Les motifs avancés ne sont pas exclusifs, plusieurs pouvant être déclarés par la même personne.

« **La fête** » est le premier motif de la consommation d'alcool (80%), loin devant « **la défonce** » (11%) qui est tout de même le **deuxième motif avancé de consommation**. Les usages à visées anxiolytiques, relaxantes ou compensatrices de difficulté sont très rares. L'effet d'entraînement n'est pas reconnu par les jeunes puisqu'ils ne sont que 3% à déclarer que leur consommation correspond à la volonté d'imitation d'un entourage consommateur. Bien que très minoritaires, il faut remarquer que **5% des jeunes boivent par habitude et qu'1% se pense dépendant.**

*Figure 4 - Motifs de consommation d'alcool, de tabac et de cannabis au cours du mois (%)**



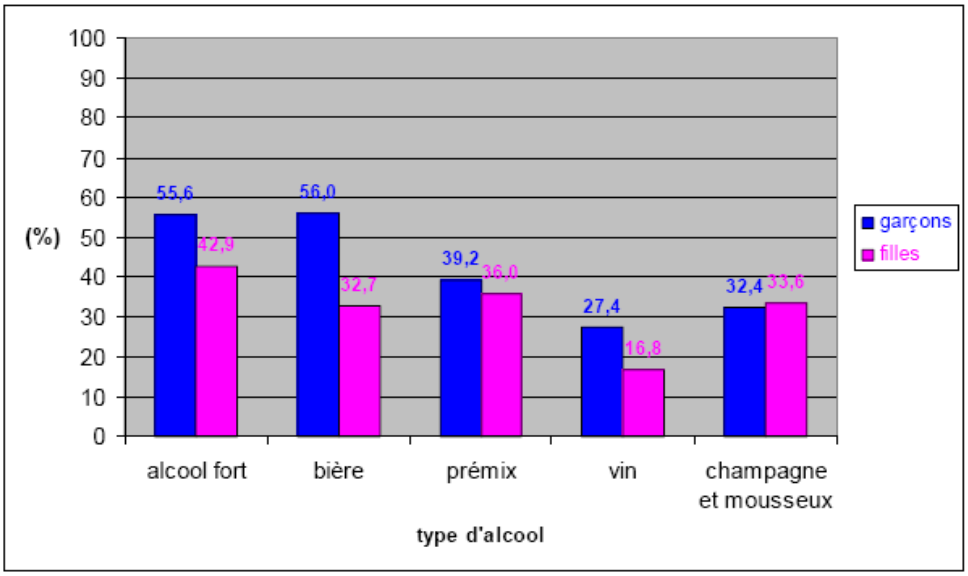
* Pour chaque produit, le pourcentage est calculé parmi les consommateurs dudit produit au cours des trente derniers jours. Plusieurs réponses possibles.

Source : ESCAPAD 2008, OFDT

Le classement des boissons en fonction du nombre de leurs consommateurs au cours du mois, réalisé en 2005 (source ESCAPAD 2005, OFDT : figure 4), montrait que **les bières, les alcools forts et les prémix sont les boissons les plus populaires à 17 ans**, loin devant les vins et les champagnes. Parmi le trio de tête, les alcools forts et la bière apparaissent comme des boissons nettement plus masculines. La forte présence des prémix dans cette hiérarchie

invite à considérer avec attention les usages de ces produits et les stratégies de commercialisation et de promotion qui leur sont attachées.

Figure 4 : Usages au cours du mois par type d'alcool à 17 ans (%)

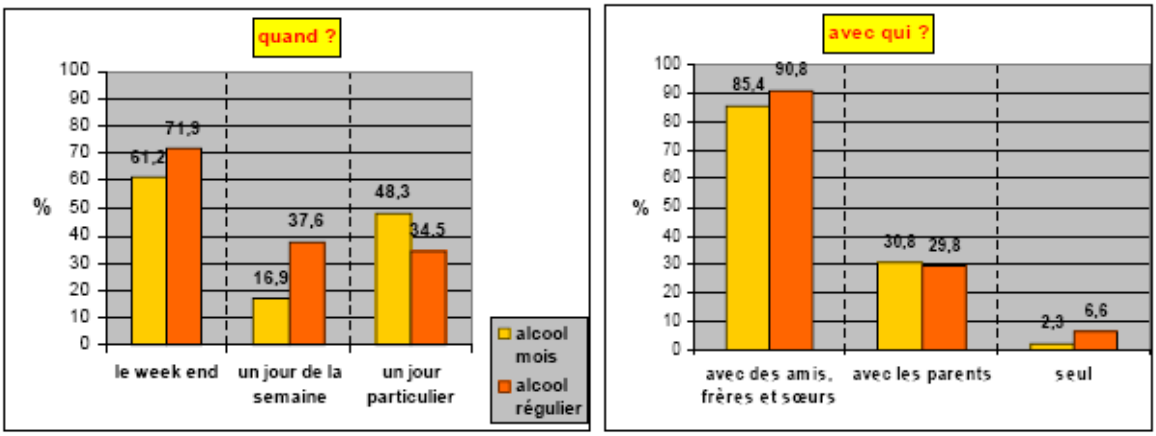


ensemble (%)	*alcool fort*	*bière*	*prémix*	*vin*	*champagne et mousseux*
usage au cours du mois	49,4	44,6	37,6	22,2	33,0

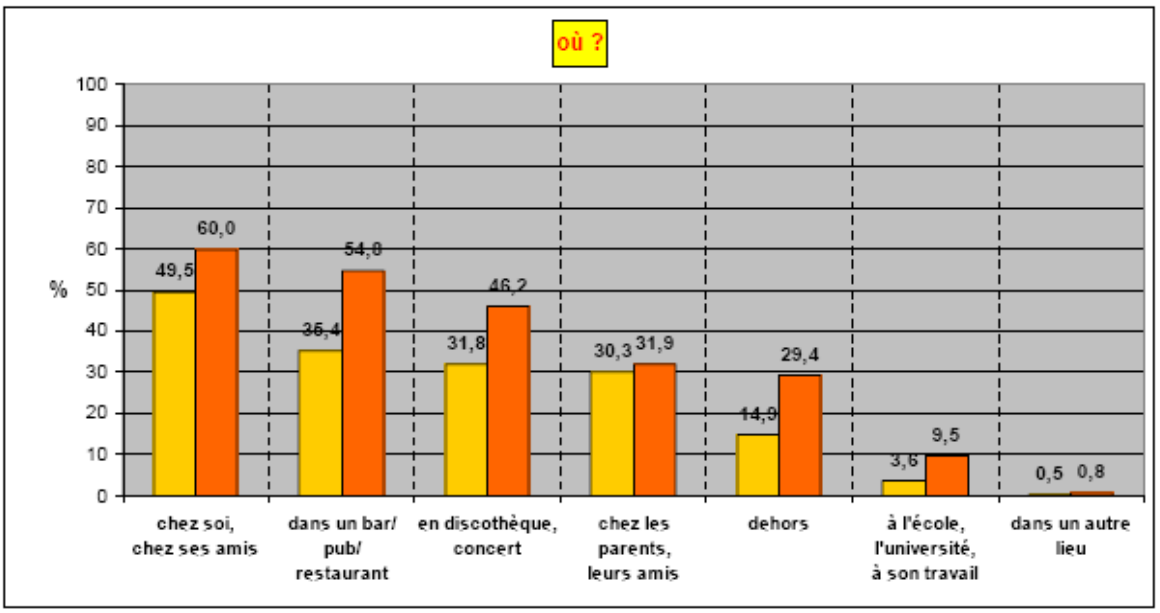
Sources : ESCAPAD 2005, OFDT

Sans surprise par rapport aux motifs avancés de consommation, **à 17 ans, les jeunes consomment le week-end, avec des amis, chez soi ou chez eux, lors d'un événement particulier (fête, anniversaire ou occasion spéciale)** (source ESCAPAD 2005, OFDT : figure 5). Les consommations dans les bars ou les discothèques ne sont évidemment pas rares, mais s'avèrent à cet âge, moins fréquentes qu'au domicile. Une proportion non négligeable des consommations a, d'ailleurs, encore lieu avec les parents. **La consommation solitaire est rare chez les buveurs occasionnels mais triple presque chez les consommateurs réguliers qui sont 6,6% à boire seuls.** Enfin, environ 15% des jeunes affirment avoir bu la dernière fois dans un lieu public ouvert (parc, rue), proportion qui double chez les buveurs réguliers.

Figure 5a, 5b, 5c : contexte de la dernière consommation d'alcool au cours du mois (%)



N.B. : les pourcentages peuvent dépasser 100 car plusieurs réponses étaient possibles.

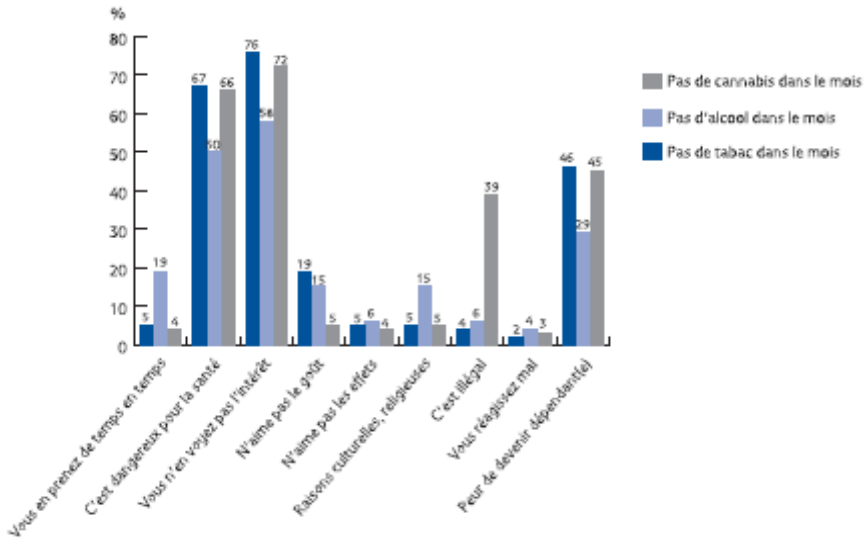


N.B. : les pourcentages peuvent dépasser 100 car plusieurs réponses étaient possibles.

Source ESCAPAD 2005, OFDT.

A contrario, les non consommateurs récents d'alcool justifient en premier lieu leur comportement par une **absence d'intérêt** (58%), des **craintes pour leur santé** (50%) et la peur de devenir dépendant (29%). Près de 20% ne sont des consommateurs que très occasionnels. Environ **15% déclarent ne pas aimer l'alcool, soit son goût, soit ses effets, soit qu'il entraîne de mauvaises réactions**. Enfin, 15% ne consomment pas pour des raisons culturelles ou religieuses et 6% pensent que boire de l'alcool à 17 ans est illégal (source ESCAPAD 2008, OFDT : figure 5). Il faut préciser que **l'alcool semble jugé moins addictogène et moins dommageable pour la santé que le tabac et le cannabis.**

Figure 5 - Motifs de ne pas consommer de l'alcool, du tabac et du cannabis au cours du mois (%)*



* Pour chaque produit, le pourcentage est calculé parmi les non consommateurs dudit produit au cours des trente derniers jours. Plusieurs réponses possibles.

Source : ESCAPAD 2008, OFDT

1.5.3 Des usages en lien avec la situation familiale et scolaire.

Les consommations de produits psycho-actifs licites et illicites apparaissent fortement liés à la situation et au parcours scolaires. **Les jeunes en apprentissage et ceux qui sont sortis du système scolaire sont plus nombreux que les jeunes en filières générale, technique ou professionnelle à déclarer boire régulièrement de l'alcool et connaître des ivresses répétées.**

Le capital économique familial, évalué ici par la profession et la catégorie sociale (PCS) du couple parental, est également fortement lié à ces usages : les enfants de cadres et d'agriculteurs sont plus souvent ivres, de même que **les enfants de parents séparés ou les jeunes vivant seuls** (source ESCAPAD 2008, OFDT : tableau 2).

Tableau 2 - Tabac quotidien, usage régulier d'alcool, ivresses répétées et usage régulier de cannabis à 17 ans selon des caractéristiques sociodémographiques (%)

	Tabac		Alcool		Ivresses		Cannabis		Cocaïne	
	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR
Garçon (51,1%)	29,9	-1-	13,6	-1-	32,0	-1-	10,7	-1-	4,0	-1-
Fille (48,9%)	27,9	1,10***	4,0	0,29***	18,9	0,51***	3,9	0,39***	2,4	0,71***
Élève ou étudiant (84,1%)	24,5	-1-	7,3	-1-	24,3	-1-	5,7	-1-	2,5	-1-
En apprentissage (11,5%)	49,9	2,57***	18,0	2,29***	33,3	1,47***	14,9	2,09***	6,6	2,24***
Insertion, emploi, chômage (4,4%)	59,5	3,55***	16,4	2,28***	30,7	1,46***	19,0	2,93***	8,9	3,11***
Jamais redoublé (55,8%)	21,4	-1-	7,7	-1-	25,6	-1-	5,0	-1-	2,2	-1-
Redoublé 1 fois (38,7%)	38,0	1,84***	10,5	1,08***	26,0	0,91***	10,2	1,65***	4,6	1,73***
Redoublé 2 fois ou plus (5,6%)	42,1	2,02***	9,6	0,91	22,7	0,74***	10,6	1,56***	5,2	1,83***
Agriculteurs[1] (3,1%)	25,0	0,79***	16,0	1,58***	30,4	0,93	10,0	0,47***	2,6	0,54***
Artisans, commerçants (15,7%)	31,3	1,10***	10,6	1,12	28,4	0,90***	8,5	0,98	4,0	0,90
Cadres (23,8%)	23,8	-1-	8,2	-1-	29,1	-1-	6,7	-1-	3,2	-1-
Prof. intermédiaires (12,6%)	26,4	0,95	6,9	0,77***	25,2	0,80***	6,6	0,83***	2,7	0,70***
Employés (17,4%)	29,4	1,00	8,6	0,92	24,2	0,73***	7,6	0,87***	3,2	0,73***
Ouvriers (15,4%)	32,4	1,00	8,7	0,83***	21,7	0,62***	7,2	0,72***	2,7	0,53***
Sans emploi (6,8%)	33,4	0,92	7,7	0,75***	19,1	0,52***	7,3	0,67***	3,5	0,60***
Non réponse (5,2%)	36,2	1,01	10,6	0,90	22,9	0,60***	10,0	0,82***	4,2	0,61***
Parents vivent ensemble (70,1%)	24,8	-1-	8,5	-1-	24,1	-1-	5,8	-1-	2,5	-1-
Parents séparés[2] (29,9%)	38,4	1,59***	9,8	1,06	29,2	1,33***	10,9	1,73***	5,1	1,77***
Vit avec adulte (89,7%)	27,4	-1-	8,1	-1-	24,6	-1-	6,8	-1-	2,9	-1-
Vit seul (10,3%)	41,8	1,82***	15,3	2,04***	34,4	1,58***	11,9	1,72***	6,1	1,99***

% : Prévalence dans chacune des catégories. Toutes les relations sont significatives au seuil 0,001 (test du Chi-2 de Pearson).

OR : Odds ratio ajusté sur toutes les variables du tableau. Les OR dont l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas 1 sont signalés par des astérisques avec la convention suivante : *** ; test du Chi² de Wald significatif au seuil 0,05. Un OR supérieur à 1 indique une surconsommation relative par rapport à la catégorie de référence; un OR inférieur à 1 indique une sous-consommation relative.

1 : Évalué par la Profession et catégorie sociale (PCS) la plus élevée du couple des parents, dans cet ordre : cadres, artisans, agriculteurs, professions intermédiaires, employés, ouvriers, sans emploi et non réponse. La distribution de ces catégories diffère de celle fournie par l'Insee car elles sont fondées ici sur les déclarations des adolescents (exposant ainsi à une difficulté de classement) pour les deux parents et non un seul.

2 : Cette catégorie comprend les jeunes dont les parents sont divorcés ou séparés pour d'autres raisons, ou dont l'un est décédé.

Exemple de lecture : la prévalence du tabagisme quotidien atteint 29,9 % parmi les garçons et 27,9 % parmi les filles, l'écart étant significatif au seuil 0,001 ; toutes choses égales par ailleurs, l'analyse logistique confirme une légère surconsommation de tabac parmi les filles (OR=1,10***).

Source : ESCAPAD 2008, OFDT

Ces résultats ne tiennent pas compte de l'ensemble des caractéristiques des individus prises simultanément. Pour contrôler conjointement les effets de toutes les variables afin de fournir une estimation d'un effet plus « pur » de chacune, une régression logistique multivariée a été conduite pour chaque indicateur (colonnes OR). Dans celle-ci, **le lien avec le sexe est confirmé, de même qu'avec la situation scolaire.** Les autres **liens avec la composition du milieu familial et le lieu de résidence** sont également confirmés.

1.5.4. Conclusions à propos de l'enquête ESCAPAD 2008.

Sans préjuger d'une quelconque causalité, ces résultats soulignent que globalement, les adolescents consommateurs ne sont pas seulement issus des milieux défavorisés, qu'ils ont un parcours scolaire ou familial plus souvent chaotique. ESCAPAD met également en lumière la diversité des motifs d'usage de l'alcool, du tabac et du cannabis, qui en dessine des images contrastées, au cœur desquelles le plaisir et la convivialité occupent une place majeure.

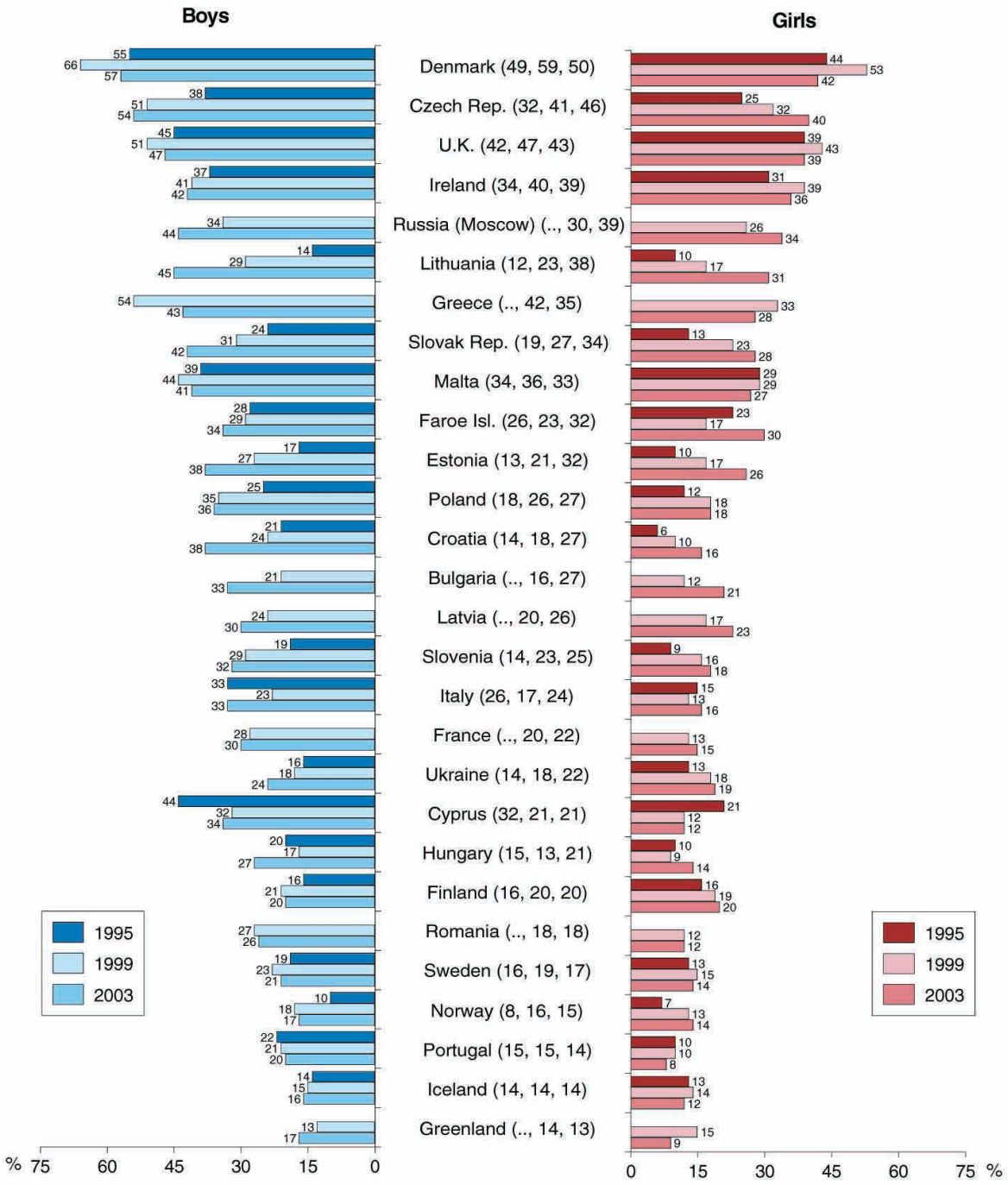
Cet exercice d'ESCAPAD confirme certaines tendances déjà observées auprès des publics plus jeunes dans HSBC et ESPAD : **reculs importants de la diffusion et des usages de tabac et de cannabis, robustesse des consommations d'alcool même si celles-ci se modifient avec plutôt une diminution de usages réguliers et une augmentation des ivresses et des consommations ponctuelles massives entre 2000 et 2008. A noter cependant que pour une minorité, l'usage des produits psychotropes et notamment le recours à l'alcool occupe semble occuper une fonction auto-thérapeutique (stimulante, anxiolytique,…).**

1.6. Les regards européen et régional.

1.6.1. La place de la France par rapport au reste de l'Europe (Hibell, 2004).

Selon B. Andersson, co-coordinatrice de l'enquête ESPAD Europe 2003 et membre de Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, « *Bien que le vin soit un élément culturel très marqué, d'après les données recueillies par ESPAD****, la France arrive dans les dernières positions dans tous les types de consommation. En revanche, elle est en tête en ce qui concerne les drogues illégales*** *(marijuana).* » (ESPAD 2003 : Tableau 1)

Tableau 1, ESPAD 2003.



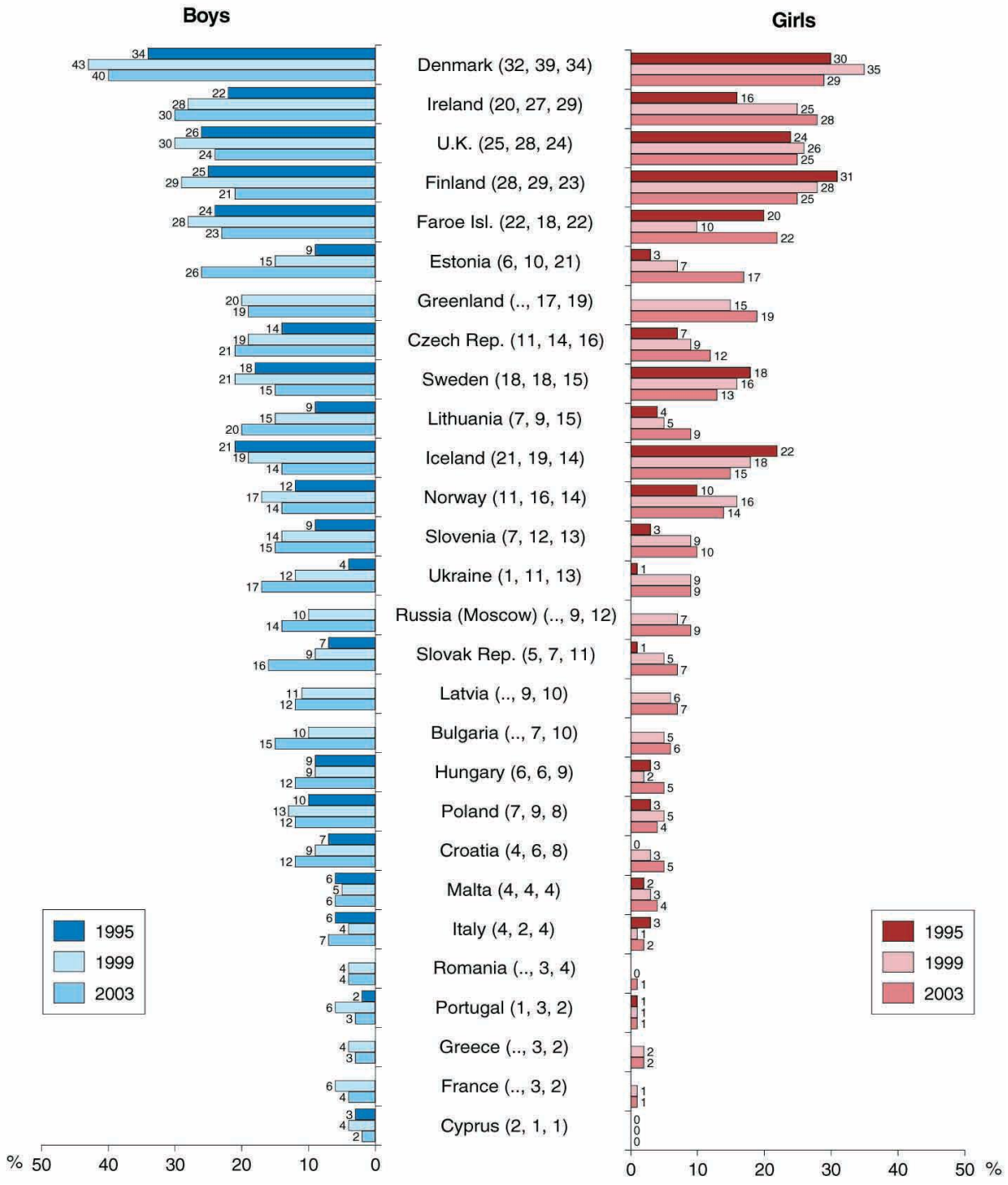
Les pays européens les plus consommateurs sont des pays d'Europe du Nord (Royaume-Uni, Danemark, Irlande) et les pays d'Europe de l'Est, en pleine émergence (République Tchèque, Russie, Lituanie).

L'ivresse connaît par ailleurs une hausse significative en Estonie, Lituanie, Slovénie, Ukraine, alors qu'en Europe occidentale elle marque une pause voire diminue à la même

période, entre 1999 et 2003 (Tableau 2 ESPAD 2003). La France est franchement dans les dernières positions.

Tableau 2, ESPAD 2003 : Ivresses (10 fois ou plus au cours des 12 derniers mois)

Evolution 1995 – 2003



La situation des plus jeunes comparativement avec leur voisins européens est encore plus favorable car en se qui concerne l'initiation à l'ivresse avant 13 ans, les français se situent à la 36ème place (Annexe 2).

Concernant la consommation des alcopops, qui sont des boissons récemment introduites sur le marché et à destination d'un public jeune, M. Choquet, directrice de l'unité INSERM en charge de l'enquête ESPAD pour la France, commente l'évolution des résultats entre 1999 et 2003. **L'augmentation de la consommation d'alcopops est significative dans quatre pays d'Europe du Nord** (Royaume-Uni : de 12 à 24% ; Irlande : de 5 à 20% ; Norvège : de 3 à 17% ; Danemark : de 2 à 15%) sur les quatorze ayant inclus une question sur ce type d'alcool. La consommation d'alcopops est restée stable dans 11 pays et n'a diminué dans aucun. Cette augmentation de la consommation dans ces quatre pays ne s'est pas accompagnée d'une augmentation de la consommation régulière, pour laquelle toutefois le Royaume-Uni, l'Irlande et le Danemark se situent en tête. En revanche, on note que dans ces quatre pays, l'augmentation de la consommation d'alcopops est allée de pair avec une diminution de la consommation de bière et de spiritueux, et dans une moindre mesure (deux pays sur quatre), de la consommation de vin. **« *Tout se passe comme s'il s'opérait un transfert de la bière et des spiritueux vers les alcopops* » dans ces pays traditionnellement les plus consommateurs d'alcool en général, et champions dans les catégories consommation régulière et ivresses répétées.** Il s'agit d'ailleurs des pays où le phénomène de *binge drinking* a été décrit en premier.

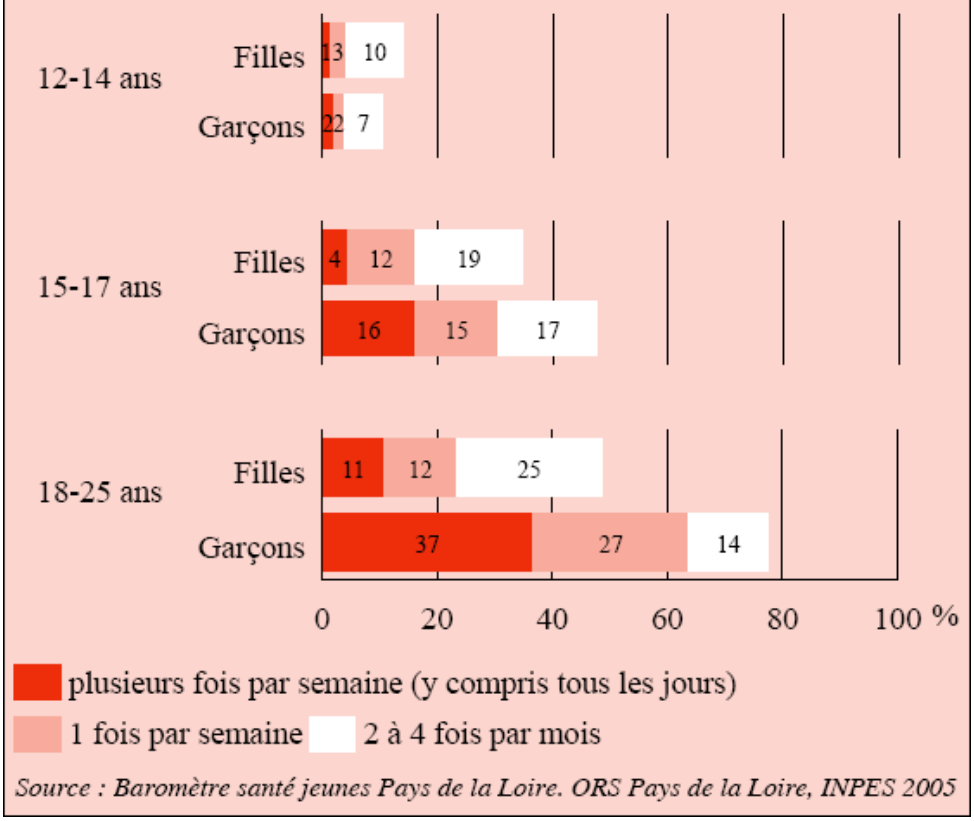
1.6.2. Les consommations d'alcool des jeunes des Pays de la Loire : une situation défavorable qui perdure (Tallec, 2006).

La consommation est précoce pour certains jeunes. **Entre 12 et 14 ans**, la grande majorité des jeunes sont peu ou pas concernés par la consommation d'alcool ; toutefois, **une**

petite proportion déclare des habitudes d'usage : 4% une à plusieurs fois par semaine, 8% deux à quatre fois par mois.

Les habitudes de consommation se développent ensuite progressivement avec l'âge et **chez les 18 – 25 ans, un jeune sur quatre consomme régulièrement de l'alcool**. Comme sur le plan national, les habitudes de consommations sont nettement plus masculines que féminines. L'écart entre les sexes est encore plus marqué pour la consommation régulière et **la consommation quotidienne, qui concerne 4% des garçons ligériens de 15 – 25 ans** (BSJ PL 2005, Figure 6).

Fig6. Jeunes déclarant avoir bu des boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois selon l'âge et le sexe



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire. ORS Pays de la Loire, INPES 2005

Les caractéristiques de consommation se distinguent légèrement du niveau national. **Le vin, culturellement très présent dans la région, est consommé de façon croissante avec l'âge pour arriver en première position devant la bière et les alcools forts dès 22 ans**. Les prémix sont utilisés globalement par un jeune sur cinq.

La consommation d'alcool se concentre le week-end, surtout pour les plus jeunes. Les quantités consommées sont alors importantes, particulièrement pour les garçons, largement au-delà des recommandations de l'OMS. Ainsi, **un garçon sur trois déclare avoir bu plus de six verres le samedi précédant l'enquête, et près de un sur cinq déclare même une consommation supérieure à neuf verres** (BSJ PL 2005, Figure 10).

Fig10. Nombre de verres d'alcool consommé le week-end par les jeunes de 15-25 ans selon le sexe
parmi les jeunes qui ont consommé de l'alcool

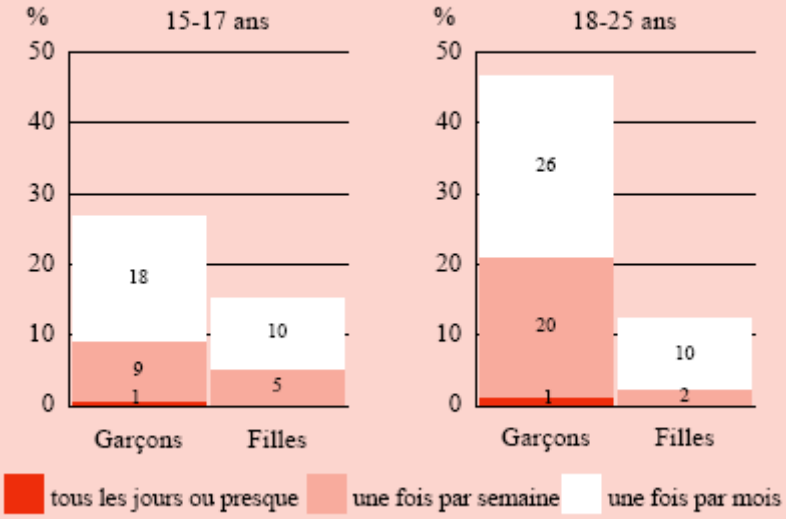
	Vendredi		Samedi		Dimanche	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
1 à 2 verres	50%	85%	30%	56%	62%	67%
3 à 5 verres	33%	15%	36%	32%	20%	29%
6 verres et plus	17%	0%	33%	11%	18%	4%
Effectifs	*46*	*27*	*84*	*73*	*75*	*44*

Note de lecture : 50 % des garçons de 15-25 ans, qui ont bu des boissons alcoolisées le vendredi précédant l'enquête et qui ont été interrogés sur le nombre de verres consommés ce jour-là, déclarent avoir consommé 1 ou 2 verres

Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire. ORS Pays de la Loire, INPES 2005

Le comportement de type *binge drinking* est familier des jeunes ligériens : **21% des garçons de 18 – 25 ans déclarent boire au moins six verres d'alcool en une même occasion au moins une fois par semaine** (BSJ PL 2005, Figure 11).

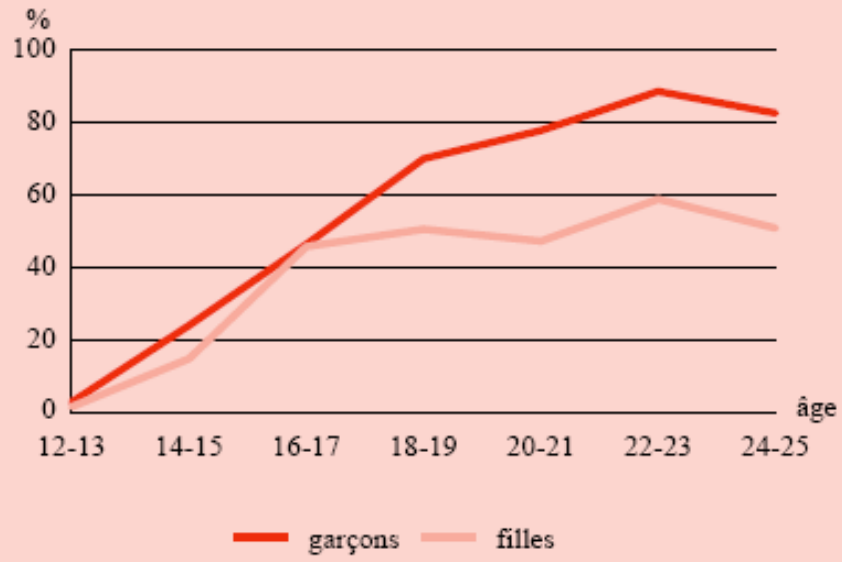
Fig11. Jeunes déclarant qu'il leur arrive de boire 6 verres d'alcool ou plus en une même occasion selon l'âge et le sexe



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire. ORS Pays de la Loire, INPES 2005

Concernant les ivresses, comme dans toutes les enquêtes, les déclarations des jeunes doivent être considérées avec précaution, le sentiment d'avoir été ivre pouvant refléter des situations très différentes selon les personnes. **La proportion de jeunes qui déclarent avoir été ivres au cours de leur vie augmente rapidement avec l'âge, avec une évolution similaire chez les garçons et les filles, le décrochage s'opérant vers 17 ans quand on observe une stabilisation chez les filles, au contraire des garçons** (BSJ PL 2005, Figure 12).

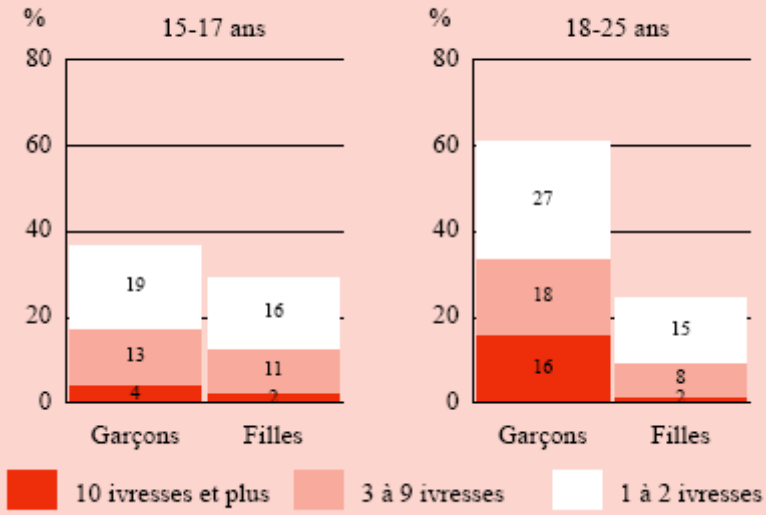
Fig12. Jeunes déclarant avoir été ivres au cours de leur vie selon l'âge et le sexe



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire. ORS Pays de la Loire, INPES 2005

L'écart entre les deux sexes s'accentue avec la fréquence des ivresses. **La proportion importante de garçons qui déclarent des ivresses régulières est marquante : 16%.** Chez les jeunes, les ivresses sont fortement liées à la consommation régulière d'alcool. De même et de façon logique, les jeunes qui déclarent *qu'il leur arrive de boire six verres d'alcool ou plus en une même occasion* une fois par semaine ou plus souvent connaissent plus fréquemment que ceux à qui cela arrive moins d'une fois par mois, des ivresses répétées (64% vs 20%) et des ivresses régulières (37% vs 3%) (BSJ PL 2005, Figure 13).

Fig13. Jeunes déclarant avoir été ivres au cours des 12 derniers mois selon l'âge et le sexe



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire. ORS Pays de la Loire, INPES 2005

En comparaison à la situation nationale, les habitudes de consommation sont plus ancrées dans les Pays de la Loire, en particulier chez les garçons. Cette région se distingue par une proportion plus importante de jeunes pour qui la consommation d'alcool fait partie des habitudes de vie. Cela se constate notamment pour la consommation régulière (31% vs 23%) **et pour la consommation féminine** (BSJ PL 2005, Figure 20).

Fig20. Comparaison à la situation nationale

	Garçons						Filles					
	15-17 ans		18-25 ans		15-25 ans (1)		15-17 ans		18-25 ans		15-25 ans (1)	
	PdL	France	PdL	France	PdL	France	PdL	France	PdL	France	PdL	France
Proportion de jeunes déclarant avoir bu des boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois (en %)												
plusieurs fois par semaine (2)	16	14	37	26 *	31	23 *	4	4	11	7 *	9	6 *
une fois par semaine	14	14	27	19 *	24	18 *	12	5 *	12	12	12	10
2 à 4 fois par mois	17	13	14	16	15	15	19	17	25	18 *	24	17 *
Proportion de jeunes déclarant avoir bu des boissons alcoolisées au cours des 7 derniers jours (en %)												
au moins 1 jour	33	25 *	63	45 *	55	40 *	26	17 *	39	30 *	36	26 *
au moins 3 jours	6	4	19	11 *	14	9 *	2	1	6	3 *	5	2 *
Proportion de jeunes à qui il arrive de boire 6 verres d'alcool ou plus en une même occasion (en %)												
une fois par semaine ou plus souvent (3)	9	4 *	21	12 *	18	10 *	5	1 *	2	2	3	1 *
une fois par mois	18	19	26	21	23	21	10	8	10	9	10	8
Proportion de jeunes ayant été ivres au cours des 12 derniers mois (en %)												
une ivresse ou plus	37	29	63	45 *	55	41 *	30	18 *	25	20 *	26	19 *
trois ivresses ou plus	18	16	34	23 *	29	21 *	13	6 *	10	7	10	7 *
Proportion de jeunes fixant le seuil de dangerosité de la consommation d'alcool pour la santé à un niveau trop élevé (en %)												
pour un homme (4 verres ou plus par jour)	30	37	26	28	27	30	27	32	30	24 *	28	27
pour une femme (3 verres ou plus par jour)	41	48	39	38	39	41	37	44	37	35	37	38
Nombre total de jeunes enquêtés	*194*	*552*	*366*	*1 851*	*560*	*2 403*	*198*	*632*	*361*	*2 188*	*559*	*2 820*

* indique si la différence entre les Pays de la Loire et la France est statistiquement significative au seuil de 5 % (test du Chi2 de Pearson)

(1) chez les 15-25 ans, les proportions présentées sont standardisées selon l'âge par rapport à la population de référence (France RP 99) (voir fig67)

(2) y compris tous les jours (3) une fois par semaine ou tous les jours ou presque

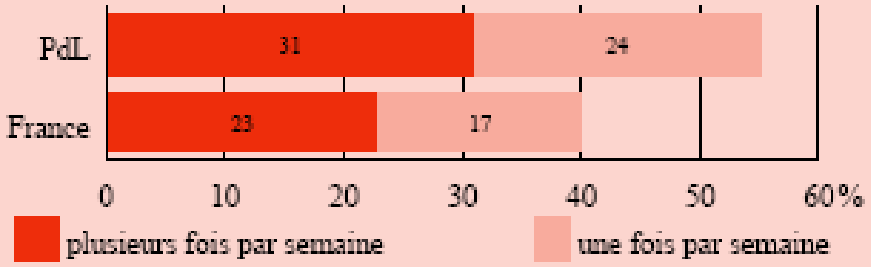
Note de lecture : 16 % des garçons de 15-17 ans des Pays de la Loire déclarent avoir bu des boissons alcoolisées plusieurs fois par semaine au cours des 12 derniers mois

Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire. ORS Pays de la Loire, INPES 2005

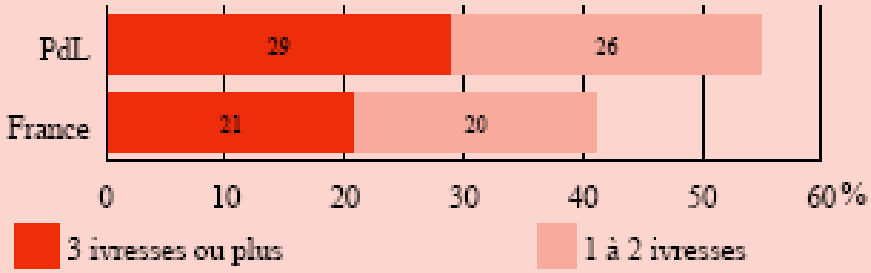
Cette situation régionale défavorable se retrouve pour les consommations de quantités importantes d'alcool (18% vs 10%) et les ivresses répétées (29% vs 21%). Ces différences se retrouvent chez les filles (BSJ PL 2005 Figure19).

Fig19. Comparaison à la situation nationale : garçons de 15-25 ans déclarant (1)

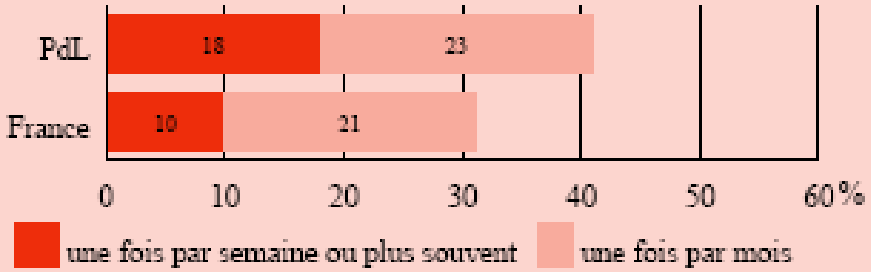
Avoir bu des boissons alcoolisées au cours des 12 derniers mois



Avoir été ivres au cours des 12 derniers mois



Qu'il leur arrive de boire 6 verres d'alcool ou plus en une même occasion



(1) proportions standardisées selon l'âge par rapport à la population de référence (France RP 99) (voir fig67)

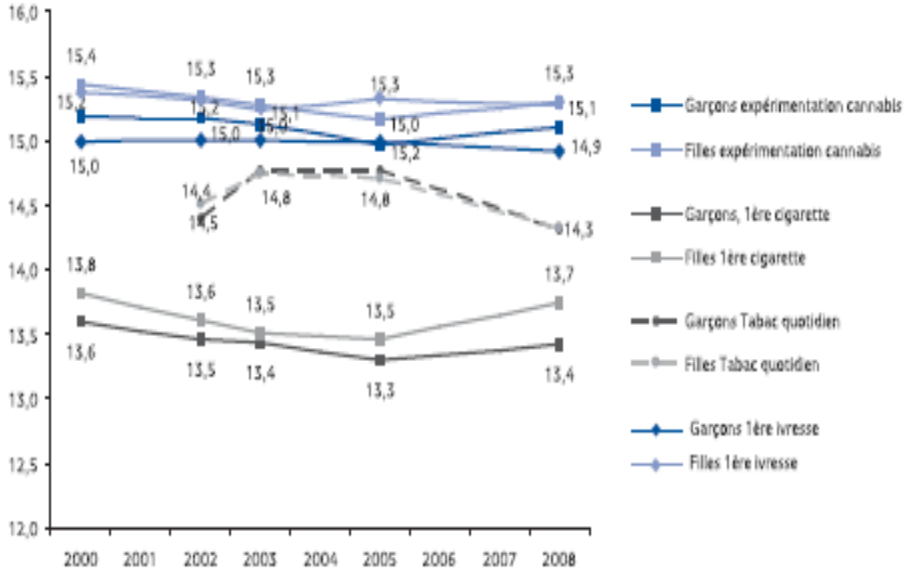
Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire. ORS Pays de la Loire, INPES 2005

1.7. Conclusion

Evolution des consommations au cours de l'adolescence.

Le produit psycho-actif le plus précocement rencontré est l'alcool, avec près de 60% d'expérimentateurs à 11 ans. Vient ensuite la première cigarette, l'âge moyen se situe autour de 13 ans et demi. La première ivresse a lieu en moyenne vers 15 ans, les garçons légèrement plus précoces que les filles. Elle est suivie de près par le premier joint, l'âge du premier usage de cannabis se situant peu après 15 ans (source ESCAPAD 2008, OFDT : figure 3).

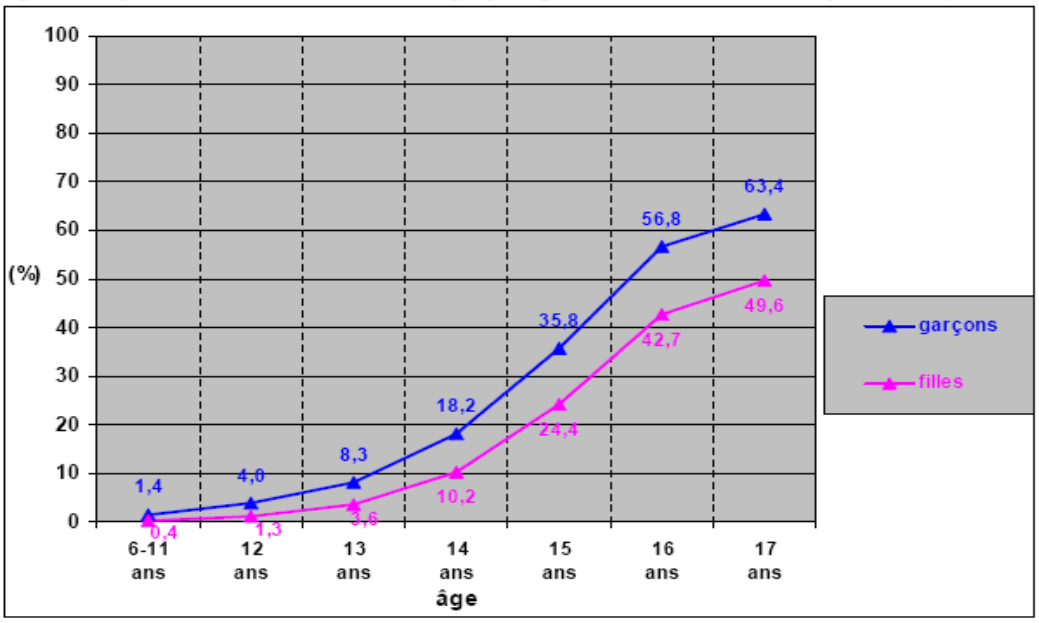
Figure 3 - Évolution de l'âge moyen lors de la 1ère cigarette, de la 1ère ivresse et du 1er usage du cannabis par sexe (en année)



Source : ESCAPAD 2008, OFDT

Les épisodes d'ivresses antérieurs à l'âge de 13 ans sont rares (Legleye, 2007). C'est entre 14 et 16 ans que la diffusion de l'ivresse alcoolique est la plus rapide, comme le montrent les nettes progressions des courbes entre ces deux âges (source ESCAPAD 2005 : figure 3). L'expérimentation de l'ivresse alcoolique est plus massive parmi les garçons (leur courbe surplombe toujours celle des filles), mais elle est également plus rapide : la pente de la courbe des garçons est plus importante que celle des filles et l'écart augmente ente les deux jusqu'entre 16 et 17 ans où il se stabilise.

Figure 3 : expérimentation de l'ivresse alcoolique par âge au cours de l'adolescence, par sexe (%)



ensemble (%)	*6-11 ans*	*12 ans*	*13 ans*	*14 ans*	*15 ans*	*16 ans*	*17 ans*
première ivresse	0,9	2,7	6,0	14,3	30,2	49,9	56,6

Lecture : 8,3% des garçons de 17 ans disent avoir été ivres pour la première fois de leur vie au plus tard à 13 ans.
Sources : ESCAPAD 2005, OFDT

De ces quatre enquêtes, nous pouvons retenir les considérations suivantes :

- La rencontre avec l'alcool a lieu au tout début de l'adolescence, dans le cadre familial, en présence des adultes, dans un contexte festif.

- L'alcool s'expérimente ensuite entre amis ; c'est le produit psychoactif le plus largement employé, sa consommation, contrairement aux autres produits, ne semble pas faiblir au cours de la dernière décennie, au contraire. Il est associé à la socialisation des adolescents.

- Progressivement, au cours de l'adolescence, la consommation se structure avec des modalités de consommations (consommations ponctuelles occasionnelles, *binge drinking*, ivresses) et des types d'alcools qui s'éloignent des consommations parentales.

- On note la prééminence des alcoolisations masculines dans tous les modes de consommations, et particulièrement dans les modalités les plus à risque : consommation régulière, consommation quotidienne, ivresse, *binge drinking*.

- Un groupe de consommateurs minoritaire autour de 3 % est repérable dès quinze ans et surtout à partir de 16 ans. Ce groupe se caractérise par des consommations à risque tant au niveau des quantités de des modalités

Ces observations rejoignent la description de « l'histoire naturelle » de la consommation d'alcool décrite par P.G. Coslin (2007) :

- La découverte de l'alcool en famille se fait lors d'occasions festives dans l'enfance, la consommation est autorisée et initiée par l'adulte (souvent les parents). C'est parfois l'occasion de la première ivresse (finir les fonds de verres), ne suscitant pas l'inquiétude des adultes qui s'en amusent plutôt.

- Le premier « vrai » verre, vers l'âge de 12 – 14 ans, se partage avec les pairs d'âge, à l'insu des parents, plutôt la nuit lors des soirées festives. Ces fêtes sont l'occasion de « jeux à boire » parfois à l'origine des premières véritables ivresses. Les conduites d'alcoolisation participent à l'intégration au groupe de pairs et à la structuration du réseau social. L'alcool sert à se donner des références identitaires et peut permettre d'oublier le temps d'une soirée les bouleversements corporels et les questionnements identitaires.

- La consommation se structure vers 16 – 17 ans. C'est la période de l'augmentation des libertés, les sorties s'organisent. Les consommations se font plutôt le week-end, à l'extérieur (cafés, soirées, discothèques).

- Après 18 ans, c'est la consommation « sans permission » : « consommer ce qu'on veut quand on veut ». Pour certains, c'est aussi le début du temps du « boire pour boire », en semaine comme le week-end, des consommations qui se ritualisent, s'automatisent, et commencent à devenir pathogènes.

L'alcool est :

- **le premier produit psycho-actif rencontré,**
- **le plus souvent consommé,**
- **l'un des plus accessibles aux jeunes,**
- **souvent toléré par la famille.**

Ces considérations nous imposent de **nous interroger un instant sur les rapports qu'entretient la société française avec les conduites d'alcoolisation des adolescents**, ce qui sera l'objet du chapitre suivant. Nous nous arrêterons brièvement sur ces relations selon différents regards : celui de l'histoire de l'ivresse dans son inscription culturelle, puis celui de la société civile contemporaine et enfin celui du législateur, afin de tenter de dresser un panorama sociologique diversifié de cette question.

2. REGARDS SOCIOLOGIQUES SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL DES JEUNES EN FRANCE.

2.1. Introduction.

Comment la relation particulière que la France cultive avec l'alcool en général et l'ivresse en particulier joue dans l'alcoolisation des plus jeunes ? En quoi le rapport à l'alcool est-il présenté comme « culturel » en France ? Entre le développement de boissons alcoolisées spécifiquement destinées aux adolescents et le renforcement de la législation visant à protéger ce même public d'un accès trop aisé à l'alcool, notre société contemporaine dite « de consommation » ne semble pas à l'abri des contradictions sur la question. Nous nous proposons d'aborder quelques aspects du regard complexe que porte ce pays sur l'alcoolisation des jeunes.

2.2. Aspects culturels et historiques de l'ivresse en France.

Comprendre l'ivresse et sa place dans le corps social pose la question de la signification du « boire » dans notre culture, et implique de la définir d'un point de vue anthropologique, de décrire son scénario et son décor et de tenter de définir sa participation dans le lien social afin de proposer un sens à sa présence.

2.2.1. Qu'est-ce que le Boire dans la culture française ?

L'ivresse alcoolique n'est qu'une forme de l'ivresse en général, phénomène anthropologique largement recherché dans toutes les cultures, en tout lieu et en tout temps. Qu'est-ce que l'ivresse et quelles sont les significations et les images qui lui sont associées dans notre culture ? Qu'appelle-t-on le Boire ? **Que représente l'ivresse dans notre imaginaire social ?** Véronique Nahoum-Grappe, anthropologue et ethnologue, chercheur à

l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, s'est intéressée à la description phénoménologique de l'ivresse. Le sens de l'ivresse et ses représentations sont en effet une construction historique prenant leur origine dans l'Antiquité. Dans son essai « **La culture de l'ivresse** » (Nahoum-Grappe, 1991), cette auteure s'attache à la description de ce qu'est l'ivresse dans notre imaginaire social, au travers de l'ensemble des stéréotypes véhiculés. « *Or plus le stéréotype est naturel, plus il est construit historiquement*. » affirme-t-elle (Nahoum-Grappe, 1991).

L'invitation ou la demande « à boire ! » ne prescrit pas de quantité limitée : *boire un pot* invite à un échange, à *lever le coude* ensemble, mais non pas à ne boire qu'un seul pot. **Le boire implique donc le risque d'ivresse**, et « il avait bu » est un constat rétrospectif succinct, qui résume une scène qu'il n'est nul besoin de décrire, la scène de l'ivresse.

« Boire » est donc un verbe dont l'emploi économise une série de précisions, celle de son contenu privilégié comme celle de sa mesure. Par conséquent, boire comporte dans son énoncé même toutes sortes d'implications dont l'axe commun est l'enivrement pressenti. L'ivresse est une invention ancienne, mais nos manières d'être ivres, le « style » de nos enivrements tels que nous les imaginons actuellement en France, pays dont l'identité nationale est marquée par l'histoire du vin et de la vigne, et qui se situe dans le peloton de tête de la consommation d'alcool pur par habitant, relèvent *de ce que nous croyons être* une ivresse éternelle, banale, dans un imaginaire sans chronologie. **Depuis quand en Occident, marque-t-on l'espace festif avec les gestes du boire ?** Comment imaginer une « fête » sans boire, un repas d'hôtes sans boissons alcoolisées ?

Après avoir posé la question de l'ivresse, de son sens et de sa fonction sociale, l'anthropologue analyse son scénario et son décor culturel avant d'interroger son rôle dans la constitution du lien social.

2.2.2. Qu'est-ce que l'ivresse, d'un point de vue anthropologique ?

L'homme est le seul animal à disposer d'une conscience réflexive, il est également le seul à fabriquer de l'alcool et à s'enivrer. Faut-il y voir un lien ? Nous pouvons en tout cas explorer cette hypothèse en suivant la description phénoménologique de l'ivresse de sa dimension la plus prosaïque jusqu'à celle d'ordre existentiel voire métaphysique proposée par V. Nahoum-Grappe.

2.2.2.1. L'ivresse est un état de conscience modifiée.

Quelle que soit l'approche des auteurs s'intéressant à l'ivresse – en sciences sociales, en psychiatrie, en physiologie - ceux-ci s'accordent pour décrire **l'ivresse avant tout comme une expérience d'un état de conscience modifiée de soi et du monde extérieur**. Le psychiatre Y. Pélicier (1994), considère ainsi « *l'ivresse comme un état de conscience altéré ou en tout cas modifié. Etre ivre, c'est prendre le risque d'une perception fausse ou modifiée de la réalité entraînant des comportements inadaptés*. », tandis que l'anthropologue V. Nahoum-Grappe écrit (1991) : *« L'ivresse est un état particulier pendant lequel la conscience de soi et celle du monde sont plus ou moins modifiées ; le sujet enivré vit alors une expérimentation active et très particulière de sa propre perception du temps et de l'espace social, de la pesanteur et de la verticalité, des frontières entre le monde intérieur et le monde extérieur. »*

Cette expérience de modification ponctuelle de l'état de conscience se vit à la fois dans un registre intime et dans un registre social : « *ce qui est ressenti dans l'ivresse demeure problématique pour le sujet lui-même, et l'écart entre soi et soi est une des dimensions spécifiques de l'expérience identitaire de l'enivrement.* » Une des caractéristiques de l'expérience de l'ivresse est donc de creuser un écart entre soi et la perception de soi. Pourtant, **l'ivresse n'est pas seulement une aventure de l'espace intérieur du sujet, elle est aussi une « *pratique sociale dont le risque est balisé par des règles et des normes collectives plus ou moins explicites et contradictoires*.** ». Même solitaire, l'ivresse n'échappe pas à la dimension sociale et culturelle dans laquelle le sujet enivré s'inscrit : « *Porter une santé,*

trinquer, est un geste qui nous vient de l'Antiquité grecque et romaine, sous une double version, cérémonielle et sacrificielle –il s'adresse au(x) dieu(x) et aux valeurs sacrées du groupe culturel, - festive ou quotidienne- il s'adresse alors à celui ou celle qui doit être publiquement honoré. Le geste du buveur est donc un signe public, même dans l'espace privé. »

2.2.2.2. L'ivresse est une aventure du corps et de l'esprit.

Véronique Nahoum-Grappe nous interroge : « *Pourquoi l'homme s'enivre-t-il et invente-t-il l'ivresse, cette pratique du corps particulière, moins nécessaire semble-t-il, à sa survie que le manger ou le dormir ?* » Y. Pélicier répond à cette question par **la dimension de plaisir contenue dan l'ivresse**, même s'il postule que l'essence de l'ivresse ne se limite pas à cette dimension (Pélicier, 1994) : « *En fait, l'ivresse traduit presque toujours une sorte de déséquilibre entre le niveau d'excitation émanant du milieu et le dynamisme propre à la pensée. Ce désaccord est vécu suivant les cas comme agréable ou pénible. Un grand nombre d'ivresses répondent au premier caractère, c'est-à-dire qu'elles sont recherchées et répétées un peu suivant les modalités que les physiologistes ont décrites dans le système nerveux comme système de récompense. L'universalité de la recherche de l'ivresse pourrait ainsi être de l'ordre du plaisir, mais sans doute y-a-il autre chose qui lui donne un sens en dépit de son caractère hors de toute mesure.* »

L'ivresse peut désigner un vaste ensemble de conduites aboutissant à cet état d'intense manipulation de soi par soi. Le sujet fait mouvoir, plus ou moins provisoirement, la conscience qu'il a de lui-même, corps et « âme », et du monde, matière et décor, univers et société. V. Nahoum-Grappe insiste sur la nature duelle de l'ivresse : « ***Si l'enivrement est toujours une aventure organique, une ivresse « des sens »****, plus ou moins perturbés dans leurs fonctions habituelles par une intoxication biochimique,* ***elle est aussi une expérience de l'imagination, de l'esprit et de l'intelligence.*** **»**

La notion d'ivresse contient donc deux dimensions : celle du plaisir dans lequel la conscience se perd et celle de l'intoxication organique qui perturbe le système nerveux. Au carrefour de ces deux axes de perturbations, **c'est la *conscience cénésthésique de soi,* celle qui consiste à s'approprier son propre corps et sa propre présence physique au monde, qui est modifié dans l'état d'ivresse.**

2.2.2.3. L'ivresse est une soif humaine.

V. Nahoum-Grappe interroge **les bénéfices « *de ces consommations particulières du corps* » en termes d'identité corporelle et sociale pour le sujet** qui les met en œuvre. « *Pourquoi le fait social de l'ivresse, pratique culturelle du corps ? »*

*« L'ivresse, le boire, ont à voir avec l'atmosphère sociale et politique qui règne à un moment donné dans un groupe donné. La teneur générale de la perspective anthropologique, c'est que la fête est normale dans la plupart des cultures et que l'alcool est un adjuvant non moins normal de la fête****. Boire est essentiellement un acte social accompli dans un contexte social reconnu****.* »

En 1936, de Félice, anthropologue lui aussi, propose une classification originale de **l'ivresse comme forme de la mystique** (De Felice, 1936). L'ivresse, comme le sentiment religieux, se rencontre dans la plupart des sociétés connues : rares ont été les groupes sociaux sans technique ou tactique d'enivrement, et rares sont les communautés affichant une culture purement laïque avant le XIXème siècle. Les ivresses organiques, dues au trop « boire », même si elles n'affichent pas immédiatement un contenu religieux, relèveraient donc du même tronc commun que les états mystiques, et **le besoin d'ivresse aurait à voir avec le désir de « religion » au sens large et littéral du terme.** Dans une perspective proche, Y. Pélicier (1994) remarque la dimension d'escapisme présente dans l'ivresse: « *De tout temps on a mis l'accent sur la dimension de fuite présente dans tous les excès de consommation alcoolique.* ». **Echappement et plaisir définissent l'ivresse… comme l'étymologie de l'extase, mystique ou non.**

La question de l'ivresse est à la fois une expérience du corps et une expérimentation culturelle du sujet. « Pourquoi l'ivresse ? » est donc une question qui ouvre un large champ,

labouré par des disciplines dont les différentes perspectives créent des catégories contradictoires pour des objets partiellement mêlés. Comment reconnaître l'ivresse sous ses différentes formes ? Quels sont ses traits constants, caractéristiques ? La démesure, l'asymétrie, le vertige sont quelques-uns de ces paramètres proposés par Véronique Nahoum-Grappe.

2.2.2.4. L'ivresse est une démesure vertigineuse qui implique un dépassement de la limite.

L'ivresse se caractérise d'abord par un engrenage négatif de démesures. La démesure concerne d'abord la consommation, qui dépasse les seuils conseillés, puis la perception, qui dénature ou démultiplie son objet. Le buveur ivre sature ensuite la communication ambiante. La démesure concernera aussi les actions du sujet ivre. « *Le vertige saisit la conscience vive et sobre à l'idée même de franchir un seuil, au-dessus d'un abîme. La conscience ivre qui franchit tous les seuils réprime une chute permanente.* ***Le vertige est donc un des effets de la démesure ; la question de la limite est ici cruciale****. Où se situe la juste mesure, qui fixe les balises ? La « démesure » n'a de sens que dans le cas d'une confiance sans faille en l'objectivité de valeurs de la « mesure ». L'ivresse est toujours démesurée, objectivement.* » **Mais de quelle limite s'agit-il ?** Quoi qu'il en soit, le sentiment du « trop », fixé à partir d'un seuil, reste une articulation **charnière entre l'espace intime de l'estime de soi et les normes sociales ambiantes.**

La dissymétrie crée dans l'espace ce que la démesure produit dans le temps. La démesure du boire se traduit graphiquement par une accentuation des dissymétries corporelles, qui défient les lois de la pesanteur. **Le risque de tomber, le désir de sombrer sont perceptibles.** Le buveur ivre, en perpétuel déséquilibre tombe sans cesse, mais personne ne le voit. Son double reste debout, oscillant. L'ivresse est un perpétuel état second.

La mise en œuvre de l'enivrement suppose cette **montée aux extrêmes, vers un comble, un point limite jamais atteint, où le plus ne suffit pas**. Ici intervient une autre définition moins « sobre » de l'ivresse de V. Nahoum-Grappe : « *l'ivresse de soi n'est plus seulement démesurée, et l'asymétrie vertigineuse qui la définit prend alors une autre signification : elle est* ***un état recherché intentionnellement et intensément****, par la mise en œuvre tactique et technique de certaines possibilités organiques. Avant de boire, le buveur*

connaît les effets et les risques d'une consommation démesurée de boissons alcoolisées. L'état d'ivresse est donc le but stratégique de ***conduites tactiques, où le trop est ce qu'il faut, juste assez, la bonne mesure…*** » Mais quelle est la finalité de cette conduite ?

2.2.2.5. L'ivresse est une tentative de mieux saisir sa présence au monde.

Pour Y. Pélicier comme pour Véronique Nahoum-Grappe, **cette finalité a à voir avec le désir du sujet de modifier la perception de sa présence au monde et d'échapper à une condition humaine vécue comme ontologiquement insatisfaisante.** Néanmoins, les deux auteurs ont des vues divergentes sur ce qui est source d'insatisfaction dans l'existence.

Pour Y. Pélicier, « ***L'existence humaine est présence, mais être présent coûte cher car il faut constamment maintenir une réciprocité*** *: savoir donner, pouvoir, recevoir, il faut reconnaître, se faire reconnaître. Toute existence n'est pleinement humaine que par rapport à une identité et à une validation réciproque. Une simple configuration sociale ne devient une situation humaine qu'en fonction d'une présence* » Or selon lui, **l'enivrement est un refus de cette relation de présence perçue comme trop coûteuse. «** *Le buveur déraisonnable est comme une pierre, jetée à côté des autres. Le corps qui l'engage dans la relation n'est pas un corps charnel, prêt à la réciprocité, à l'échange de l'amour et de la sexualité. C'est un corps-objet, transformé plus ou moins, dénaturé, véritable réceptacle de la boisson « sacrée »*. Selon cet auteur, le but poursuivi au travers des conduites de consommations excessives, est ce refus délibéré, intentionnel de la présence avec ses charges que la vie humaine et les relations interpersonnelles qui lui sont consubstantielles imposent.

Cette dimension d'escapisme, ce refus de présence au monde est pointée également par le psychiatre J. Sutter qui parle d' « **échappement à la condition quotidienne** » (Sutter, 1994). « ***L'ivresse enfin,*** nous dit-il, « ***efface le réel*** » au sens de « la fonction du réel développée par Pierre Janet pour qui « *est réelle toute information sur laquelle notre anticipation peut prendre appui pour agir sur le monde extérieur, pour l'utiliser* ». Pour J. Sutter, l'origine expérimentale du réel, c'est-à-dire se construisant au fil du développement du sujet, est responsable d'une erreur aussi navrante que répandue : le réel, c'est ce qui peut être saisi par les sens, c'est ce qui appartient au monde matériel. « *La mystique, la poésie, une bonne part de l'imaginaire sont ainsi frappés d'interdit. En faisant la conquête de ce qu'il*

nomme réel, l'homme n'a alors conquis qu'une prison. On doit le reconnaître, il est jusqu'à un certain point porté à s'enfermer dans ce morne refuge, car il y est préservé d'un « invisible » d'autant plus redoutable qu'il n'a jamais osé tenter de le connaître. Mais aussi, obscurément et à l'opposé, il étouffe dans un carcan dont l'envie lui vient de se libérer. Et ***l'ivresse peut lui offrir cette libération.*** *Au fond de sa régression, il retrouvera la richesse baroque d'un imaginaire débridé et la toute-puissance de sa mégalomanie infantile.* » Mais pour J. Sutter, cette **conduite régressive n'est qu'une illusion de libération** : « *Dérisoire reconquête ! Nous ne le savons que trop, ce remède là est pire que le mal dont, pour un instant, il nous délivre. De l'ivresse on pourrait dire –et avec encore de meilleures raisons- ce qu'Henry Michaux disait du rêve « qui, n'importe où il vous mène, vous y mène attaché et sans que vous puissiez rien ». L'ivresse donne l'impression, parfois, de libérer et de stimuler l'anticipation, mais c'est une anticipation qui marche en aveugle et qui déraille. Toute anticipation n'est pas bonne à prendre.* »

Fuite, refus d'affronter une coûteuse mais « humaine » présence au monde, échappement à la rencontre intersubjective, effacement du réel, régression, tentative illusoire de retrouver une toute-puissance à jamais disparue, la position de ces psychiatres est peu indulgente vis-à-vis de l'ivresse. Cette position sévère s'appuie sur un postulat résumé par Y. Pélicier : « *tout l'homme est dans son humanité c'est-à-dire dans sa pensée et que de ce fait, la protection d'une pensée claire et lucide devrait présider à tous ses choix comportementaux* ». Ce postulat n'est pas partagé par V. Nahoum-Grappe qui se demande elle, si : « *Un* ***manque ontologique ou affectif, une soif insatiable et insatisfaite*** **(ne seraient –ils pas)** ***une source non pathologique de la recherche de l'ivresse individuelle ?*** ».

L'anthropologue part du constat du **caractère dissymétrique de la conscience d'un sujet de sa propre existence** : « *Il y a comme une difficulté, pour le sujet adulte et sobre, à éprouver une conscience de soi fortement contrastée, une perception de son propre état cénesthésique.* ***L'appropriation de soi par soi à tel ou tel moment, cette action identitaire pure, n'est pas évidente dans la vie quotidienne lorsque « tout va bien ».*** *D'une façon générale, il y a une impuissance à réaliser pleinement, en toute conscience de ce qui se passe, sa propre présence au monde organique non problématique au monde. Tous les exemples renvoient à l'idée que la conscience de soi est en fait dissymétrique, lors de son fonctionnement sobre et lucide. Elle penche du côté du pire et devient d'autant plus aiguë que la douleur est plus intense.* ***La douleur humaine est intensément dégustée dans la***

conscience *aiguë de sa durée et de ses vagues infernales,* ***alors que le plus souvent le bonheur n'est réalisé qu'après coup, sous la forme d'une poignante nostalgie****.* »

Cette dissymétrie fonctionnelle de la conscience, pourtant très utile, qui consiste à percevoir où l'on en est et ce que l'on est en train d'éprouver, définit précisément la sobriété, toujours en échec. **L'ivresse alors serait une tentative pour investir aussi la simple présence au monde.** Elle n'est « déraisonnable » que si l'on postule comme allant de soi une efficacité stable et épanouie de la raison sobre, de la vigilance. Or, la « vie » elle-même reste dan l'ombre ; l'éclairer pourrait être l'un des objectifs du désir d'ivresse, qui remplacerait alors la proximité de la mort. « ***S'enivrer serait en fait la tentative de rétablir une symétrie utopique, où ce qui va de soi pourrait enfin être saisi par la conscience vive avec autant de contraste et d'intensité que le contraire****. Il s'agit simplement de s'approprier l'espace intérieur mieux qu'on ne le fait lorsqu'on est sobre, de rétablir une symétrie mal bricolée par la nature, celle de l'efficacité de la conscience de soi.* ***On peut donc lire la recherche de l'ivresse comme une tentative intensément rationnelle de mieux se posséder intellectuellement,*** *de mieux construire sa propre unité, de percevoir son identité au point d'acmé de la présence au monde, artificiellement provoquée en buvant.* »

2.2.3. Le scénario et le décor de l'ivresse dans la culture occidentale.

Dans la plupart des récits d'ivresse, on peut repérer un rythme qui en forme le programme prédictible, une sorte de modèle commun sans surprise. Malgré les supports hétérogènes, la séquence de l'ivresse reste isomorphe, elle se ressemble à elle-même.

2.2.3.1. Le début de l'ivresse : le premier temps de la valse.

Le début de l'ivresse est associé au rire et à la légèreté. Le mouvement prend de l'essor au détriment de la temporalité qui se suspend. L'ivresse fait du corps le héros de cette fête : « une présence grotesque, grossière, sans esprit ni sens ». Le corps ivre est toujours plus ou moins délesté de sa gravité, dans les deux sens du terme. V. Nahoum-Grappe

note (1991) : *« Une réorganisation des orientations spatiales oblige le buveur à l'esquisse d'un pas de danse inévitable, puisque le haut et le bas, la gauche et la droite, le lourd et le léger, le même et l'autre, ne sont plus tout à fait à leur place. Après boire, les seuils et les frontières fluctuent. »* . **Lorsque l'ivresse annule le temps linéaire, le corps occupe l'espace**, mais le récit rétrospectif dégrisé reconstruit la durée comme seule réelle. *« Le seul futur du buveur ivre est le prochain verre : il n'y a plus de durée, il n'y a que le projet de boire, encore et encore alors que l'ivresse bat son plein. »* L'intense moment présent de l'ivresse a tendance ainsi à échapper au langage, et donc à une mémoire revenue à la raison.

Le premier mouvement de l'ivresse est souvent représenté en bande dessinée par une spirale. Cette **spirale,** située au cœur de l'espace mental que le dessinateur inscrit dans les limites d'un couvre-chef invisible, donne une définition iconographique de l'ivresse corporelle : *« un tournis vertigineux qui entraîne la conscience de soi vers un ailleurs indécis – donc le sens est quasi réversible – là, au fond du ciel ? en soi, au creux du for intérieur ? hors de soi dans une extension centrifuge de limites du « moi » ? Le buveur ivre fait un premier faux pas, seule solution possible entre l'envol vers le bas et la chute vers le haut. La spirale devient ainsi l'image d'un vertige particulier, très concret, où l'ensemble de l'identité corporelle serait attiré vers un abîme qui aurait perdu son point d'ancrage vertical et dont la localisation resterait indécise. »* Dans quel sens tomber ? « *L'effet esthétique de l'ivresse sur le corps humain est donc la torsion généralisée dans une spirale plus ou moins accentuée jusqu'à l'effondrement final ».*

Le **rire associé à l'ivresse n'est pas univoque** : du rire franc, joyeux et signe d'invite à l'échange au rire moqueur voire méprisant, dirigé vers l'ivrogne qui se donne en spectacle, la palette est variée. « *Un lien entre vin et gaîté, dans toutes les variations possibles entre joie et désespoir, est sensible dans la culture européenne.* ***Le plus manifeste se donne à voir dans les rituels festifs ou les rites d'hospitalités, témoignant de cette civilisation qui « fait de l'offrande du vin l'une des conditions du bon accueil » et de la réussite d'une fête****.*

Une des variantes de ce lien est le rire plus caustique que suscite l'ivrognerie, c'est-à-dire l'ivresse de l'autre*. Le théâtre corporel surchargé du boire fait rire. Le rire se déclenche lorsqu'il y a dette symbolique envers la figure stigmatisée ou persécutée et masque du corps. La figure de l'ivrogne répond à ces deux paramètres. Voir au coin de la rue le corps ivre déchu ne laisse pas indifférent : on lui doit quelque chose, puisqu'il est l'objet d'un rejet social, un dû dont on se débarrasse en riant. »*

Pour V. Nahoum-Grappe, **ce premier temps de l'ivresse est crucial car c'est à ce moment, avant que tous les repères ne soient brouillés** par les effets physiologiques de l'alcool, **que se produit la « bascule », c'est-à-dire la prise de décision de franchir la limite du raisonnable et donc d'entrer véritablement dans l'ivresse.** « *Mais il faut boire encore pour atteindre le point d'acmé de l'ivresse qui implique l'oubli du devoir ou la non résistance à a tentation.* » Tant pis, on ne tient plus, on cède. *« Ce moment de passage d'un seuil est crucial, car il ne se produit pas mécaniquement ; le poids de la faute morale s'alourdit sur la balance lorsque le seuil de démission est franchi. La faute se produit à cet instant précis et, non liée à l'ivresse, elle la débride et l'accélère.* ***Cette première démission intérieure intervient avant l'ivresse entière*** *; il reste à ce moment là encore une part minime de contrôle possible. »*

2.2.3.2. Le deuxième temps de la valse : in vino veritas.

Le bruit fait partie intégrante du programme de l'ivresse, de son scénario. Le vacarme est une pratique que les anthropologues ont repérée dans des groupes culturels très variés, et qui **semblerait intervenir, comme le silence, lorsque le monde des humains se rapproche dangereusement de celui des morts.** « *Le choix d'un excès de formes « matérielles » aux dépends de significations pouvant s'articuler dans un langage, constitue l'un des axes de la définition phénoménologique de l'ivresse : la mélodie d'un chant constitue déjà une mise à distance du sens des paroles au profit du son* » (Nahoum-Grappe, 1991).

« *Voici une des clés du mécanisme enivrant : lorsque le monde « disparaît », à savoir le sens « des réalités », le corps propre « ne se sent plus »*. Pendant cette phase cruciale qui correspond au deuxième temps de l'ivresse, le buveur peut se comporter comme s'il avait « tout » oublié, il est perçu comme hors de lui : **l'enivrement est bien une production socialement convenue de l'oubli,** qui peut alors être simulé.

Le deuxième temps de l'ivresse est aussi celui des « idées irrésistibles ». In « vino veritas », ce proverbe court tout au long de l'histoire du boire. **L'ivresse permet l'expression des désirs « inconscients », sans risque de déshonneur.** Lorsque l'ivresse est à son apogée, le buveur irréfléchi est plein d' « idées » comprises dans le sens contraire de la réflexion.

L'idée absurde saisit alors le buveur stupide et illuminé, le passage à l'acte est immédiat. Le court terme de l'envie est le seul rapport au temps qui puisse s'installer dans l'ivresse. **Cette impatience tient aussi à une impossibilité d'investir la durée.**

2.2.3.3. Le troisième temps de la valse : la chute.

« *Le scénario offre d'une part un spectacle intéressant, dont nous avons déjà ri, et produit d'autre part des effets qui obligent à tirer des leçons de ce qui s'est passé.* » **Au troisième temps de l'ivresse commence la « redescente »,** une sorte de dérive entropique **jusqu'à la chute**. « *Après les excès en tous sens, le buveur ivre connaît la spirale descendante vers un point de chute en accord avec les lois de la gravitation et celles de la société, vers le « bas », alors que, au point d'acmé de l'ivresse, le buveur, danseur, chanteur pouvait penser s'élancer le pied levé vers un « haut » situé « ailleurs ».*

Mais ce troisième temps du scénario de l'enivrement, la redescente, qui peut être aussi vue comme une **remontée à la surface des choses**, finit dans un gâchis objectif. Le troisième temps de l'ivresse suppose toujours un **moment de retour au centre de soi-même,** qui se produit en général au réveil. En effet, une fois le point d'acmé de l'ivresse dépassé, il s'agit d'une initiation à soi-même. L'expérimentation de l'identité propre que permet l'enivrement est aussi une épreuve de vérité – in vino veritas.

V. Nahoum-Grappe constate (1991) : « *Malgré le « charme » esthétique du corps ivre, une certaine inquiétude d'ordre éthique se manifeste.* ***L'ivrogne est perçu comme un acteur social dangereux****, capable plus qu'un sujet sobre de tuer ou de « forniquer », deux péchés mortels. S'il boit, il ne se contiendra plus et passera aux actes. La scène de l'ivresse, telle qu'elle est perçue et transmise dans les récits joue toujours sur deux dimensions : l'une offre une scène risible, parfois gênante, où l'esthétique du corps ivre se reconnaît à ses couleurs, sa température, ses gestes et ses bruits. La violence immédiate des actions comparée au faible degré d'adaptation réflexive des intentions est inquiétante. L'autre rend inéluctable l'engrenage du prévisible, malgré la condamnation éthique* ».

L'excès d'actions matérialisées – bruit, fureur, chant hurlé, bagarre, viol, etc.… se déroule sur un fond exténué de signification – pourquoi ? dans quel but ? même le

buveur n'en revient pas au réveil – et constitue l'axe même de la définition phénoménologique de l'ivresse, qui nous a fait circuler **du rire au pire**.

2.2.4. L'ivresse et le lien social.

En interrogeant les rapports entre l'ivresse et le lien social, le sociologue se demande : **Qu'est-ce qui se joue dans l'ivresse et en quoi est-elle constitutive du lien social ?**

2.2.4.1. Le savoir anticipé universel sur l'ivresse comme communication.

Pour V. Nahoum-Grappe, **il existe un consensus social sur la représentation de l'acte de boire** (Nahoum-Grappe, 1991). *« Dans notre aire culturelle, il n'y a pas de vie de famille sans occasions de boire. Il n'y a pas de vie de relations sans lever un verre. La force consensuelle du savoir social sur le boire, qui se met en place très tôt dans l'histoire du sujet grâce à l'imprégnation permanente du tissu social par la culture du boire, se trahit par un rire attendu qui est un vecteur de ce mode de communication sur l'ivresse « anticipé »* ».L'auteure relève donc que ce consensus est construit par des « a priori », ce que les cognitivistes appellent des attentes (*expectancies*) et qu'elle nomme « savoir anticipé » : *« Un autre exemple d'anticipation suffisamment persuasif : boire fait trop – de bien. L'injonction contradictoire fait ici à l'œuvre pour former un bon modèle du boire, qui suppose un savoir partagé des limites à ne pas dépasser »*.

Le fond commun des chansons à boire est un thème central unique : s'il y a mort un jour, alors buvons. **La mort inéluctable est la véritable raison de boire**. Le rapport particulier au temps dans l'ivresse se traduit par un stéréotype commun, banal, à savoir l'indifférence aux « soucis » du lendemain. **L'ivresse produit un effet d'anéantissement de la durée.** L'ivresse est une indifférence au temps comme à l'espace socialisé.

On peut donc distinguer trois contenus majeurs de ce qui est attendu dans l'ivresse : boire fait rire, fait se sentir bien et est vecteur d'oubli. Ce type d'énoncé est caractéristique du fonctionnement de la culture du boire. *« Une mécanique irrésistible*

s'impose dans le fonctionnement anticipateur : le sentiment de bien-être que procure l'enivrement – l'effet sédatif et anxiolytique de l'éthanol ne dépend pas du contexte historique- est investi d'une valeur persuasive de protection contre ce dont il nous soulage. »

Selon V. Nahoum-Grappe, *« Le savoir anticipé sur l'ivresse offre donc deux axes d'efficacité : l'un permet dans le rire et la jubilation, le retournement des menaces dissuasives, l'autre autorise une fusion incantatoire entre ce qui est promis par le boire, « être bien », et le réel. »* **Le boire enivrant calme l'anticipation anxieuse du pire**. Un de ses rôles, le plus communément perçu, consiste en partie à rendre supportables les diverses menaces qui pèsent sur le sujet sobre, et dont la prévision permanente nourrit « l'air du temps ». L'idée de boire est un des modes de protection contre les autres anticipations, celles qui sont sans cesse suscitées par la gestion lucide, donc sobre, du temps qui passe. *« L'histoire des peurs est sans doute liée à celle du boire ; néanmoins il est difficile de repérer comment s'articule ce lien. L'ivresse noie les appréhensions de ce qui peut advenir, mort, maladie – y compris celle qui pèse sur le boire démesuré. L'anticipation sur ce que doit être l'enivrement dans une société donnée permet donc l'expérimentation d'un effet quasi « magique », où le boire guérit le buveur, alors que se joue réellement, dans les pratiques, le risque de l'ivresse pris ensemble. »* Mais quel est ce risque de l'ivresse ?

2.2.4.2. La communication est un rapport de forces pacifié par l'ivresse partagée.

L'ivresse facilite la communication, l'échange. Mais cette communication est particulière car les protagonistes de cet échange vivent et présentent, de par leur enivrement, une conscience de soi et d'autrui altérée**. Il existe un renoncement mutuel à la lucidité**. Or c'est pourtant cette lucidité qui permet d'une part de garder une contenance protectrice, vis-à-vis du jugement d'autrui et d'autre part de juger/jauger réciproquement celui qui nous fait face. **Cette tombée de l'armure, cette mise à nu n'est pas dénuée de risque puisque le sujet se retrouve ainsi sans défense. La fonction désarmante de l'ivresse tient dans la réciprocité du renoncement aux moyens de défense procurés par la sobriété**. Mais cette dimension pacificatrice existe en miroir d'une autre, plus agressive et destructrice, à l'instar de toute rencontre interpersonnelle où s'opèrent à la fois un rapprochement et une confrontation. « *Soûler l'ennemi est quelquefois plus excitant que le tuer : l'ivresse*

avilissante constitue un assassinat identitaire, sur le mode du rire. Le boire est un rapport de forces, un duel où l'enjeu est de briser l'unité de l'autre, son opacité, ses postures lointaines. Un des contenus du savoir anticipé sur l'ivresse est donc sa fonction désarmante parce que destructrice : s'enivrer revient au sacrifice de soi dans un mime burlesque, offert sur la place publique. ***Ce savoir permet une accélération de la communication : offrir à boire est le premier signal d'une volonté de faire la paix, trinquer sera l'accomplissement de cette paix une fois signée, et se soûler ensemble la réalisation mimétique des désirs de mort respectifs.*** *L'ivresse est donc un moyen reconnaissable et identifiable de perdre la face et de monnayer cette perte sur le marché des échanges symboliques ; c'est en ce sens aussi qu'elle constitue un modèle d'inconduite. »*

L'auteur tient à souligner la dimension symbolique des conduites d'alcoolisation, qu'elles soient modérées ou excessives. **Ces conduites sont des symboles identitaires forts car universellement reconnus dans la culture** dans laquelle ils s'inscrivent au point que l'auteur parle de « conformisme paradoxal du buveur ». « *Lorsque le buveur occidental se met en scène, il crée entre lui et lui une interaction dans laquelle vient s'inscrire toute une pesanteur culturelle et sociale. En ce sens, le boire et l'ivresse sont, dans l'élaboration d'une identité, des pratiques aussi efficaces que se vêtir ; tenir le verre en main est l'équivalent pour les hommes de ce qu'est le maquillage pour les femmes : disparaître derrière un masque social. Il y a un radical conformisme du geste du boire, travesti par le risque de l'ivresse. »*

2.2.4.3. Les gestes du boire permettent de signifier la constitution d'un « être ensemble ».

Les représentations de l'ivresse dans un imaginaire partagé par l'ensemble d'une société sont associées nous l'avons vu, à une **scénarisation, une « théâtralisation » des gestes du boire.** Cette ritualisation a une **fonction symbolique**. Le premier temps du boire vient ainsi signifier et **symboliser une transition** entre deux moments qu'il vient distinguer : cette transition correspond au **temps de la constitution d'un « être ensemble », de la reconnaissance d'un espace social partagé** qui succède à un « avant » au cours duquel chacun évoluait pour son propre compte. V. Nahoum-Grappe s'interroge : « *Pourquoi l'efficacité sociologique d'un tel geste ? Les gestes du boire contraignent le groupe à partager un rythme commun, et ce très concrètement, grâce à la médiation des choses*

matérielles, du temps « physique » obligé pendant le moment de l'incorporation orale, celui de la manipulation des objets du boire. »

Le marquage de cette transition est très codifié : il y a une confrontation des regards : on trinque en regardant l'autre « dans les yeux » ; des paroles rituelles sont prononcées, généralement signe d'ouverture à l'autre « santé », « porter un toast », les verres sont symétriquement levés et exposés à la vue de l'autre, il n'y a pas de dissimulation. Vient ensuite le moment de l'absorption proprement dite, qui est faite sous le regard de l'autre et simultanément. Le verre est ensuite reposé en silence, éventuellement un soupir d'aise ou d'appréciation est partagé. La première gorgée s'accomplit dans un silence dense, même s'il est court. C'est le moment charnière entre « avant » et « après ». Grâce à la fonction organique du boire qui contraint au silence, le temps de la gorgée au moins, le groupe fait cercle autour d'une même scène mimétiquement partagée : l'autre, en miroir, vide comme moi son verre : il est « des nôtres », je suis « des leurs », nous sommes alors « plus proches ». **Boire réduit les distances sociales grâce au théâtre du corps.** Ce n'est en effet qu' après la première gorgée, consommée le plus souvent en silence, qu'une communication orale plus signifiante, portant sur « les choses sérieuses », ou plus intime, s'effectue.

Cette hypothèse de l'ivresse instituée comme support de la création d'un « être ensemble » est partagée par le psychiatre et phénoménologue D. Pringuey, qui parle de l'ivresse comme d'un « **étayage de la nostrité** » (Pringuey, 2009) *: « Médiateur de la « fête », marqueur fondamental du temps présent, médiation pour atteindre le « festum » qui, dans une perspective existentielle, est le cœur de l'humain, elle* (l'ivresse) *actualise un « nous » originaire, la structure parfaite de « l'être avec », état pluriel qui indique le commencement et la fondation du Soi à partir de l'autre, des autres.(…) Au travers de la fête, nous avons régulièrement à gagner notre Soi à partir du « nous ». (…) L'ivresse est cette quête de « nostrité », de ce pluriel fondateur du Soi, tissu relationnel premier dont la trame relie toujours plus large que les seuls liens familiaux ou familiers, et forme un réseau existentiel significatif, vivant et dynamique, et dont l'action est permanente même si la plupart du temps elle n'est pas perçue. »*

La fonction symbolique du boire ensemble vient donc signifier et marquer la transition : transition temporelle, entre un « avant » et un « après », transition spatiale entre un « dedans » et un « dehors », transition sociale entre un « je » et un « nous ». V. Nahoum-Grappe (1991) : *« Il s'agit d'un rituel dont la contrainte sociale n'a d'égale que le*

peu d'obligation « juridique » explicite, un rituel désacralisé et qui marque dans nos sociétés le jeu incessant des interactions sociales : aucun groupe amené à « faire société » dans une durée plus ou moins longue ne peut se passer du « pot » donné à une occasion ou à une autre, de façon plus ou moins formelle. Boire lorsqu'on se rencontre, boire en se quittant, témoigne d'une fonction particulière : aider aux transitions. Boire signifie aussi ouvrir la bouche et ainsi ouvrir entre le dedans et le dehors du corps une brèche qui est l'enjeu des seuils de pudeur et de civilités.Trop « reboire encore » après « le dernier » serait ainsi l'indice d'un lien fragile, à consolider. » Or elle constate *: « **L'eau ne suffit pas au boire social, on ne trinque pas avec de l'eau, car le véritable objet de l'échange symbolique est le risque de l'ivresse pris ensemble. Un risque qui noue le lien social en le menaçant.** »*

2.2.4.4. L'ivresse est une mise à l'épreuve de la réalité et de la relation à autrui.

Pour V. Nahoum-Grappe : « *La nécessité non obligatoire d'une boisson alcoolisée dans le boire occasionnel nous indique **le véritable enjeu : en prenant le risque d'une ivresse, même légère, les buveurs qui ne se connaissaient pas se montrent les uns aux autres qu'ils acceptent une plus grande proximité des corps et donc de la communication**. La qualité de l'échange est améliorée par le fait de boire ensemble. ».*

Y. Pélicier (1994) s'oppose à cette compréhension « qualitative » de l'ivresse car pour lui, la prise de risque est sans valeur puisqu'elle ne se joue pas selon les règles de l' « authenticité ». « *En fait, s'il faut boire pour rencontrer les autres, c'est qu'on ne peut rencontrer qu'après s'être transformé soi-même, et par contrecoup, en les transformant eux-mêmes. Curieuse sociabilité qui ne peut être fondée que sur une insincérité, une inauthenticité également première. L'autre ne m'est supportable que travesti dans le cadre d'une pseudo-convivialité. Il faut que l'on se masque. (…) Les échanges entre personnes « prises de boisson » comme on dit, ne sont ni profonds, ni durables, s'inscrivant dans la plus grande superficialité. (…) **L'alcoolisation désassemble au lieu de réunir**. Elle évite l'objet même qu'il y aurait à partager pour promouvoir des objectifs dérisoires, **en fait on rate la dimension interhumaine de la rencontre.** Il est possible qu'il y ait là des phénomènes d'évitement. Au lieu de faire face à certaines réalités, éventuellement désagréables, on transforme l'occasion en fête des fous.* ».

Les divergences de vue entre ces deux auteurs ne sont peut être pas irréconciliables car le radicalisme de Y. Pélicier peut s'expliquer par sa perception très systématisée de l'ivresse, parfois très proche dans son discours d'une consommation addictive. Or V. Nahoum-Grappe insiste pour **distinguer l'ivresse de l'alcoolisme** qui s'opposent dans leur temporalité « *l'ivresse est une scène courte* », « *l'alcoolisme est une longue et tragique histoire de vie* », leur liberté : un choix délibéré de l'ivresse ou une obligation imposée par la dépendance, leur acceptation « *le buveur sait qu'il s'enivre* » tandis que « *l'alcoolique peut dénier son addiction* » et leur représentation sociale : alors que « *l'ivresse est drôle* », « *la figure de l'alcoolique incarne et exprime l'échec individuel le plus grave dans une culture contemporaine qui promeut le succès individuel comme but de toute biographie* » (Nahoum-Grappe, 2009).

Suivant son hypothèse d'une ivresse occasionnelle comme expérience source d'une meilleure connaissance de soi et des autres, l'anthropologue imagine que cette ponctuation de la temporalité que constitue **l'enivrement permet**, selon la même logique, **une amélioration de l'élaboration de la réalité.** « *En effet, rien n'est très clair lorsque les choses arrivent, et le présent est une matrice éclatée de virtualités, de séquences non terminées, de suppositions plus réelles que la réalité elle-même**. Le présent en train d'advenir est encore brouillé. Prendre le temps de boire accorde un léger répit au sujet qui doit réaliser ce qui lui arrive,** ce qui ne va pas toujours « de soi » : le boire est lié à la difficulté permanente de construction du réel et peut aider au travail de tri et d'élaboration d'une version satisfaisante de cette réalité.*

*Le violent suspens de l'ivresse, le discret répit du détour pour boire ont une fonction identique, celle d'**aider à la mise au point du réel**, avec l'autre ou tout seul, et de mettre à l'épreuve la qualité de la relation – « sommes-nous amis ou ennemis ? ».*

2.2.4.5. L'expérience de disjonction induite par l'ivresse permet de vérifier le lien social et d'assurer l'identité.

Le temps du boire fait ainsi taire le monde des événements signifiants, puis, après ce partage de gestes anodins sans autre référence qu'une convention, une connivence, la chaîne interprétative peut se renouer. Le boire permet donc le passage de certains états à d'autres, et

ce « *de façon anodine, insignifiante, en trinquant, ou de façon intense et bouleversante, dans l'ivresse.* (…) *Le boire, arrêt sur l'inachèvement, pause sans autre raison qu'elle-même, oblige à une disjonction dans le fil de la durée : cet espace blanc alors introduit permet de disjoindre ce qui était soudé entre un avant et un après. »*

B. Malinowski, anthropologue et sociologue polonais de la première moitié du XXème siècle, définit **la « fonction phatique » du langage** : parler pour parler, parle pour ne rien dire mais pour signifier la communication (Malinowski, 1923). Cette « communication sur la communication », qui n'a pas besoin de contenu, **permet au groupe de vérifier le lien social, d'expérimenter les rouages « à vide », de réévaluer les rapports sociaux** entre les uns et les autres. Certaines conduites corporelles, notamment celles du boire, pourraient jouer le même rôle méta-fonctionnel. « *L'axe commun aux différentes manières et occasions de boire est cette fonction de « sas » entre les différents temps et espaces sociaux, comme si la pause permettait le passage entre des mondes différents »* (Nahoum-Grappe, 1991).

Cette expérience de disjonction touche également le sentiment identitaire ; le risque de l'ivresse inclus dans le boire consiste à faire jouer de façon sensible pour soi le sentiment d'être soi ; là se situe la **disjonction identitaire**. *« L'ivresse disjoint l'unité du rapport à soi. »* Mais ce vécu intime d'un questionnement de son identité est également une expérience sociale partagée, et **le regard d'autrui vient colmater cette brèche identitaire** en validant l'existence de celui qui se présente, par ce « ***pluriel fondateur du Soi*** » qu'évoque D. Pringuey (2009). **L'ivresse en ce sens marque, en le mettant à l'épreuve, le processus d'individuation.**

Dans différentes cultures, les seuils identitaires sont marqués par des rituels plutôt douloureux, surtout pour ceux qui concernent la fin de l'adolescence. Pourquoi marquer le fait de « grandir » avec de la souffrance ? Les rituels de passage ne s'effectuent pas en douceur d'une façon générale, comme s'il était problématique de devenir ce que l'on est. L'alcool se fait sentir quand il passe, il constitue toujours une légère violence sur le palais que la première gorgée brûle. Et « devenir un homme » dans nos sociétés où les rites d'initiation tendent à disparaître se paie encore très souvent du prix de cette brûlure.

2.2.4.6. L'ivresse a une fonction de symbolisation riche et complexe.

Boire ensemble est donc une technique de réduction des distances sociales par le rapprochement des corps autour des objets en des lieux appropriés, ainsi que par celui de l'ensemble identitaire dévoilé dans le risque de l'ivresse. En buvant, le corps et les identités sociales se rapprochent donc, jusqu'à s'inverser dans le tems d'une ivresse ludique, festive et alcoolisée. Nous l'avons vu plus haut, l'effet d'ivresse touche la conscience cénesthésique de soi, cette relation d'intimité à usage interne. Avec l'ivresse, « je est un autre », non pas poétiquement mais corporellement. S'il y a un plaisir social du déguisement et de l'inversion des rôles, il ne peut être que stimulé par ce travestissement archaïque de l'identité que produit l'ivresse. Or le masque de carnaval est l'occasion de toutes les licences…

Ainsi, V. Nahoum-Grappe évoque évidemment **la dimension sexuelle inhérente aux représentations sociales de l'ivresse,** même si elle en dénonce le caractère métonymique (Nahoum-Grappe, 1991) : *« L'ivresse festive rend manifestes les interactions sexuelles euphémisées en temps de sobriété, au même titre qu'elle promeut les autres fonctions organiques. Ainsi le boire prête son scénario d'une montée et d'une redescente, d'une perte des limites de soi, d'une chute en spirale hors de la verticalité, à ce qui se passe dans l'interaction sexuelle**. **L'ivresse est un terme lourdement chargé de fantasmes sociaux sur la sexualité*** »

L'autre grande figure irrésistiblement associée à l'ivresse, comme à la sexualité d'ailleurs, est celle de la violence « *lorsque, une fois la fête finie et les dégâts évalués, les interprétations rétrospectives se forment.* » Le boire, qui était le signal du lien social, le menace alors. Le lien entre ivresse et violence existe donc, mais il est trop souvent décrit uniquement dans sa dimension facilitatrice voire initiatrice selon l'anthropologue, alors qu'il existe également une dimension symbolique pacificatrice : *« Le boire a probablement autant calmé de bagarres qu'il en a suscitées.* ***Il y a échange symbolique entre la violence et le boire pour expérimenter le courage viril ; le boire calme aussi le jeu et désamorce les conflits masculins. L'ivresse est liée à la violence et à son contraire****. ».*

2.2.5. Le sens de l'ivresse.

La conclusion est à V. Nahoum-Grappe (1991) *: « **La question de l'ivresse ne se résume ni aux effets de violence, ni à la permission sexuelle,** ces deux idées préconçues qui dominent lorsqu'il est question d'excès ; elle est aussi liée à autre chose qui n'est pas forcément religieux ou mystique. **L'ivresse mettrait en jeu la question du monde et de l'être** qui ne sont plus alors seul apanage des philosophes, mais aussi celui du cercle des buveurs. **Ne pas pouvoir devenir facilement ce que l'on est, et souffrir de cette brèche identitaire lorsque l'horizon devient vertigineux grâce à la spirale du boire et à l'enchaînement des questions fondamentales, constitue le sens de l'ivresse.** »* Cette suspension délibérée du temps et la dissolution de « l'évidence naturelle » de l'existence dans l'ivresse sont présentes depuis des millénaires. Ainsi Tao Yuanming, poète chinois du Vème siècle écrivait :

A cet endroit je soustrais ma présence ;

Le vin est plein de parfums enfouis !

Cette **conception presque existentialiste de l'expérience de l'ivresse** est séduisante, à condition qu'elle reste une liberté. Mais il n'est pas sûr que ce soit là le souci de notre société contemporaine dans laquelle les termes « démesure » et « expérience », s'ils restent familiers, ne sont plus toujours sous-tendus par leur dimension symbolique.

2.3. La société face à l'alcoolisation des jeunes : une succession de paradoxes.

2.3.1. Introduction : le contexte.

L'approche anthropologique de l'ivresse confirme donc **l'ancienneté et la puissance de l'inscription de l'alcool en général et de l'ivresse en particulier dans la culture** et le patrimoine français. Les récentes évolutions sociétales, qui ont elles-mêmes succédé aux profondes mutations sociales des cinquante dernières années ont présidé à la naissance de la

société de consommation, dans laquelle ont grandi les adolescents d'aujourd'hui. **Quels regards cette société pose-t-elle sur le rapport à l'alcool de cette génération ?** Entre méfiance et fascination, tentation de tout interdire ou de tout vendre, inquiétude et laisser-faire, les adultes ne sont pas à l'abri des attitudes paradoxales et se retrouvent alors en miroir de leurs adolescents, cette nouvelle « génération de l'image ». Il n'est pas sûr que le législateur soit lui aussi exempt de contradictions, quand les conflits entre les intérêts économiques et sanitaires l'entraînent à tenir un double discours.

2.3.2. Les jeunes et l'alcool, un marché juteux en pleine expansion.

Les adolescents sont considérés comme un marché privilégié par la majorité des entreprises et les marques d'alcool ne dérogent pas à la règle. Hervé Chabalier, journaliste lauréat du prix Albert Londres, le souligne clairement dans son rapport remis le 24 novembre 2005 au Ministre de la Santé Xavier Bertrand, relatif à la prévention et la lutte contre l'alcoolisme : « *Les jeunes de 17 à 18 ans dépensent de 26 à 42 millions d'euros par mois dans l'alcool* » (Chabalier, 2006). Des sommes assez importantes pour faire d'eux une cible clairement identifiée de l'industrie de l'alcool.

"Really, Kevin! You'll ruin your teeth!"

2.3.2.1. Les alcopops, des boissons prêtes à boire, spécialement conçues pour le jeune public.

Viviane Mahler, économiste et journaliste, retrace l'apparition des alcopops sur le marché français (Mahler, 2007). Elle cite un rédacteur d'une revue spécialisée en œnologie : « *Constatant que les jeunes se désintéressaient de la boisson de prédilection de leurs parents, le vin, et ayant repéré en revanche leur goût prononcé pour le sucre, les alcooliers ont conçu des produits pour eux (…) « pour les reconquérir, il faut les initier à son goût (l'alcool), leur proposer des gammes de produits originaux, des messages simples et des packaging branchés* ».[a] *« C'est ainsi,* poursuit-elle*, qu'ont surgi en 1996* ***les « prémix », des mélanges de sodas sucrés et d'alcools forts, de 5 à 8°, en canettes de 25 ou 33 cl****. Ces cocktails tout prêts, whisky-coca ou gin-fizz, vendus en supermarchés à côté des canettes de sodas, firent très vite recette (30 milliards de francs en 1997 contre à peine la moitié quatre ans avant). Six mois après leur lancement, ils étaient connus par plus des trois-quarts des 13-18 ans et leurs ventes s'en ressentirent aussitôt.* » Depuis, l'industrie alcoolière a développé ses gammes de produits, dénommés « alcopops » ou « malternatives » selon la recette du cocktail avec un mot d'ordre : rajeunir et féminiser la clientèle. Ainsi, « *les bières se sont aromatisées à la vodka ou à d'autres spiritueux, oscillant entre 6 et 12°. Pour les filles furent concoctés les Smirnoff Ice et autres Bacardi Brezzer. Jusqu'au Ricard qui s'est lancé en 2004 avec des packs de canettes, combinant le « bon » dosage d'eau et d'alcool, à 7,5°* ». « *Du fait de leur apparence et de leur goût, les alcopops (…) boissons alcoolisées préconditionnées sucrées, colorées et agréables à boire, avec quelque chose d'insolent qui plaît aux jeunes (…) visent à l'évidence un public jeune, attentif aux modes et aux marques,* souligne le site officiel de prévention suisse[b], *tant le goût sucré que la présentation branchée de ces boissons indiquent clairement qu'elles visent un public jeune* ». En effet **dans ces boissons, le sucre masque le goût de l'alcool, rend le mélange faussement inoffensif et incite à des consommations précoces.** Préconditionnées, elles cultivent l'habitude du « prêt à consommer » et n'incitent pas les jeunes à doser ce qu'ils boivent.

[a] Sauvète M. Revue des œnologues. 2005 ; 116.

[b] prevention.ch/alcopops.htm, site de prévention suisse.

Face à ce succès fulgurant (partie de presque zéro en 2002, leurs ventes ont atteint 60 millions de bouteilles en 2004 selon Yves Bur, député, interviewé dans l'Express du 1er novembre 2004), le législateur a prévu une **surtaxation** à partir de 2005 à hauteur de 11 euros par décilitre d'alcool pur, qui a entraîné une baisse de 40% des ventes. Mais les alcooliers se sont très vite adaptés en baissant les taux de sucre ou d'alcool et en développant encore plus leurs gammes, notamment à partir d'autres alcools (bière, vin). Les distributeurs eux-mêmes s'y mettent, y compris les premiers prix. Tous sont à la recherche de la combinaison miracle pour damner le pion à Smirnoff Ice qui domine largement le marché avec plus de 55% des ventes. Certains se sont même engagés dans des « **produits dérivés** » alcoolisés mais non soumis à la réglementation puisqu'il ne s'agit plus de boissons ! De la vodka en gel (non encore diffusée en France), parfumée à la fraise ou au citron appelée Go vodka, à la glace au rhum comme Chiller IV, titrant quand même à 8° pour 100ml, les professionnels du marketing ne manquent pas d'imagination. Ces produits échappent à la réglementation visant à protéger les mineurs alors qu'ils sont explicitement destinés à un public jeune : l'emballage des tubes cartonnés s'inspirent étroitement de ceux des sorbets aux fruits destinés aux enfants. Et l'alcool est d'autant plus facilement absorbé sous cette forme que son goût est atténué dans un produit glacé.

L'emballage est également très travaillé pour être perçu comme attractif par la « génération de l'image ». Appelé « **fun packaging** », il est le plus souvent coloré et flashy, et les noms des mélanges sont porteurs de rêve ou ont un parfum d'interdit : Boomerang, Masaï, Desperados, Délirium Tremens, Kryo, Gloss de Suze, Fixion … Leur design copie celui des boissons rafraichissantes non alcoolisées et des « energy drinks » avec un graphisme techno ou rappelant les figures de comics pour le nom du produit. Leur image est associée à celle de la jeunesse.

Les conditionnements incitent à consommer davantage ; les maxi-canettes de 50 cl ou les bouteilles « individuelles » de 65 cl rivalisent avec les petits formats constituant des

« rations « individuelles qui correspondent au mode de consommation des jeunes. Ainsi, le Martini mini est conditionné en packs de huit mini-bouteilles de 60 ml à mélanger à du soda ou, selon les recommandations de la marque, à de la vodka ou de la téquila[c]. Les packs de bière suivent eux aussi la mode du « king size », ce sont ceux de huit à 24 unités qui voient leur vente augmenter le plus.

Les distributeurs ont rapidement constaté le succès des alcopops et y ont réagi en **adaptant les linéaires dans les magasins** afin de les mettre plus en avant.Viviane Mahler mentionne la création de « **pôle jeunes adultes** » regroupant dans le même espace bières, prémix et spiritueux.

Même si les jeunes ne se disent pas dupes des stratégies marketing qui les ciblent, le message délivré par les marques est passé. Assez cyniquement, c'est le message exactement inverse que véhiculait à une autre époque, un soda, par définition sans alcool, le Canada Dry, qu'on retrouve aujourd'hui avec les alcopops : « **ça n'a pas le goût de l'alcool, ça n'a pas la couleur de l'alcool,… et pourtant c'est de l'alcool !** ». De nombreuses études ont effectivement trouvé que le caractère alcoolisé des alcopops est tellement bien dissimulé par le sucre et les arômes que les adolescents les trouvent faciles à boire et n'ont pas le goût de l'alcool (Romanus, 2000). **Se fondant sur leur parfum, les adolescents estiment que la teneur en alcool des alcopops est bien plus faible qu'en réalité et ne font pas de lien pas entre leur consommation et des problèmes de santé ou des intoxications alcooliques aiguës** (Leeming, 2002). Ces produits sont donc identifiés comme parfaits pour ceux qui n'aiment pas (encore) le goût de l'alcool, traditionnellement les plus jeunes et les femmes.

C. Metzner et L. Kraus, de l'Institut de Recherche en Thérapie de Munich en Allemagne, ont effectué une revue de la littérature scientifique évaluant l'impact des alcopops sur la consommation d'alcool des adolescents (Metzner, 2008). Constatant d'une part que la consommation croissante d'alcopops par les adolescents n'ayant pas l'âge légal de boire a entraîné la crainte que ces boissons encouragent les jeunes à consommer de l'alcool de façon prématurée, et d'autre part que le souci également croissant pour la santé des adolescents avait conduit les Etats à introduire de nouvelles taxes spécifiques à ces boissons, les auteurs ont

[c] www.martini.fr

voulu **étudier la relation entre la consommation d'alcopops et les conséquences néfastes potentielles.**

Toutes les études retenues par leur recherche ont montré que les alcopops sont **préférés par les filles, particulièrement les plus jeunes** d'entre elles (Romanus, 2000).

Concernant la consommation totale d'alcool, l'étude de Romanus en Suède (Romanus, 2000), celle de Robert au Pays de Galle (Roberts, 1999) ainsi que celle de Wicki en Suisse (Wicki, 2006) s'accordent toutes à dire que le lancement des alcopops est responsable de **l'augmentation observée de la consommation totale d'alcool chez les adolescents**. En effet, dans ces trois études, les alcopops tendent à être consommés en plus et non en remplacement des autres boissons alcoolisées.

Si les analyses de tendances montrent que le premier contact avec l'alcool des adolescents tend à se faire de plus en plus précocement, **il semble à ce jour que les consommateurs d'alcopops ne commencent pas à boire plus tôt que les consommateurs d'autres alcools, ni qu'ils aient des expériences d'ivresse plus précoces,** du moins d'après la seule étude disponible ayant étudié cette question (Wicki, 2006).

Au sujet de la fréquence de consommation d'alcool et des épisodes d'alcoolisation massive, les conclusions des différentes études retenues sont contradictoires. Certaines affirment que les consommateurs d'alcopops boivent plus fréquemment et sont plus souvent ivres (Hughes, 1997) alors que d'autres ne corroborent pas ce lien (Brain, 2000). L'étude de Wicki ne retrouve pas d'effet spécifique des alcopops au-delà de l'influence générale de la quantité consommée sur la fréquence des consommations et des ivresses.

Selon Metzner, alors que peu d'études ont étudié la relation entre la consommation d'alcopops et d'éventuelles conséquences négatives comme la consommation d'autres drogues, la délinquance, les problèmes scolaires ou familiaux, cette relation présumée est à l'origine de la décision politique de prendre de mesures préventives. Or les études s'étant intéressées à cette question n'ont là encore pas retrouvé d'effets spécifiques des alcopops en dehors de ceux générés par l'augmentation induite par ces boissons de la quantité totale d'alcool consommé. Mais si est incluse cette dimension, le travail de Wicki comme celui d'autres chercheurs, montre que les consommateurs d'alcopops, en comparaison des consommateurs d'autres alcools, ont un risque plus élevé de rixes, d'accidents, de problèmes

avec leurs parents, de médiocres résultats scolaires, et de conduites sexuelles à risques ou regrettées ensuite.

C. Metzner conclut sa revue de la littérature en insistant sur le fait que malgré l'absence de preuves significatives dans les études disponibles à ce jour sur le rôle des alcopops dans la précocité de l'initiation à l'alcool ou l'augmentation de fréquence des alcoolisations massives, **ces nouvelles boissons constituent une proportion additionnelle substantielle de la consommation globale d'alcool**. Puisqu'en revanche un lien indéniable a été mis en évidence entre la quantité d'alcool consommée et les conséquences néfastes imputables à l'alcool, les auteurs pensent que les mesures de limitations, pour être plus efficaces, doivent concerner tous les alcools plutôt que certains en particulier.

2.3.2.2. Le marketing ciblé, un « détournement de mineurs » ?

D'après l'I.C.A.P. (International Center for Alcohol Policies) une organisation de prévention parrainée par dix des plus grands producteurs mondiaux de spiritueux, les alcooliers *« ont recours aux méthodes de marketing et de promotion de la même façon que n'importe quelle marque de produits manufacturés. Ils sont en rivalité pour des parts de marché dans un* ***environnement particulièrement compétitif*** ». La France ne fait pas

exception à la règle mais le principe d'interdiction de la publicité posée par la Loi Evin, certes, maintes fois amendée, oblige le marketing à faire preuve de créativité.

Le **lobby viticole**, très puissant en France, a obtenu par la Loi d'orientation agricole en octobre 2004, la création d'un « Conseil de la modération et de la prévention » composé des professionnels des filières concernées. Ce conseil leur permet un droit de regard sur les projets de publicité contre l'alcoolisme. Une autre victoire du lobby des alcooliers est l'obtention récente du droit de publicité sur Internet. **Les façons de détourner l'interdiction de la publicité sont multiples, du plus classique comme de passer des accords avec d'autres marques au plus innovant, en surfant sur la vague des nouveaux moyens de communication** partie intégrante de la culture de la jeunesse actuelle.

Traditionnellement, les firmes d'alcool ont donc l'habitude de contourner l'interdiction de la publicité en passant des accords avec d'autres marques non soumises à la même réglementation et qui font des publicités à la télévision, afin de figurer dans leurs films. Interdites de publicité également sur grand écran, les marques d'alcool concluent aussi des accords financiers avec les firmes de distribution de cinéma ou de jeux vidéo pour que leurs produits figurent en bonne place sur ces supports. V. Mahler évoque l'existence d' *« agences spécialisées dans ce type de **« placement » qui pratiquent ainsi du « P2P », du « product placement »,** qui peut prendre trois formes : le ou les acteurs parlent de la marque, la boisson est visible durant l'action, et, objectif ultime, les acteurs ou les héros la consomment* » (Mahler, 2007). Une autre forme de placement de produit existe depuis quelques années, c'est le « **people marketing** », détaillé par V. Mahler : « *De nombreuses marques organisent des fêtes pour lancer leur dernières nouveautés et en faire un événement fréquenté par les people du moment, que toute la presse magazine s'empresse de relayer. Car les stars sont des « vecteurs de prescription » auxquels les jeunes ont tendance à s'identifier*. »

Cette économiste décrit également le « **marketing viral** », qui consiste « *à diffuser des minis films de pub (*sur Internet*), jouant sur la dérision, le comique ou la musique, ce qui incite les jeunes à se les transmettre très vite (…) soit par mails, soit par des réseaux communautaires informels qui se créent autour de leurs centres d'intérêts. Ainsi Absolut Vodka a diffusé en juillet 2006 une mini-comédie musicale on-line interactive, sur laquelle chaque internaute peut choisir l'orientation du scénario et personnaliser le texte. Et en*

télécharger le résultat, pour conserver son « œuvre » et la transmettre aux copains. » D'autres marques constituent des **clubs, officiellement interdits aux mineurs, ce qui ne peut être contrôlé sur la Toile.** Ces clubs dispensent à leurs membres des réductions d'achats, ou des invitations pour des festivités promotionnelles de la marque. Ils permettent la constitution des fichiers très utiles lors du lancement de nouveaux produits pour lancer un « buzz », ce bouche-à-oreille en ligne très efficace pour diffuser des nouveautés. Mais ces pratiques vont encore plus loin, V. Mahler dénonce le « *dernier avatar d'Internet, le* ***marketing furtif****, qui permet à n'importe quelle marque d'avancer masquée. Des personnes de la marque, des agences spécialisées, voire à présent des logiciels automatiques interviennent incognito sur des forums ou des blogs avec des témoignages « personnels » favorables à la marque. Ou bien encore créent de faux blogs tout aussi positifs pour la marque* ». Mais le lobby des alcooliers va largement simplifier la tâche des publicitaires puisqu'il a obtenu **dans la nouvelle loi l'autorisation de la publicité sur Internet** à l'exception des sites notoirement fréquentés à la jeunesse qui, c'est bien connu, se limite aux sites qui lui sont destinés… Les adolescents vont avoir d'autant plus accès à ces contenus que les nouvelles générations de portables, média « jeune » par excellence, permettent désormais de surfer sur Internet.

A côté du lobbying, un autre relais de la publicité cachée est le **sponsoring.** En effet, **afin de diffuser l'idée que l'alcool est festif, les marques d'alcool ont infiltré les lieux de fête fréquentés par les jeunes** comme les festivals, soirées privées animées par de jeunes DJ et soirées étudiantes afin de favoriser les occasions de découvrir leurs produits. Jusqu'à la modification récente de la loi, tous les week-ends d'intégration dans les écoles, tous les bureaux des étudiants (BDE) étaient sponsorisés par une marque attitrée fournissant généreusement les boissons pour les soirées open-bar. **Ces lieux sont choisis en priorité pour lancer les nouveautés** à prix cassés, souvent même avant de les diffuser dans les magasins.Il n'est pas dit que la technique employée, à savoir ne pas recourir directement à des remises mais offrir des bouteilles au prorata de la quantité achetée, soit véritablement entravée par le nouveau dispositif législatif. Puisqu'un amendement voté par l'Assemblée, s'il maintient l'interdiction "d'offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but commercial ou de les vendre à titre principal contre une somme forfaitaire", exclut du champ de cette interdiction "notamment les fêtes et foires, stages oenologiques et autres opérations de dégustations, repas vins compris". Ce qui laisse une grande liberté d'interprétation et le **champ libre aux partenariats détournés** même si la terminologie doit changer et qu'il faut

renoncer au terme « open-bar ». Une autre forme de parrainage indirect est celui des tournées musicales ou des animations karaoké organisées chaque été par ces marques (le Ricard Tour) ou la fourniture de matériels dans les boîtes de nuit pour une soirée mousse par exemple.

2.3.2.3. Des partenariats douteux.

Les marques d'alcool ont rodé un double discours qui lui non plus n'est pas à l'abri des paradoxes : **officiellement, elles prônent la prévention** et affirment que leurs produits ne sont pas recommandés pour les jeunes mineurs. **Officieusement, les manœuvres de séduction de la jeunesse sont évidentes**. V. Mahler expose ainsi l'exemple de la société Pernod-Ricard. *« L'entreprise, aujourd'hui numéro deux mondial des vins et spiritueux, est semble-t-il la marque qui participe au plus grand nombre d'organismes nationaux et internationaux de prévention et « dénonce les ivresses, en particulier chez les jeunes adultes » sur son site. Depuis 2002, elle a passé un accord avec la Sécurité Routière (…) Mais en parallèle, la marque Ricard mène une opération de promotion directement à destination des jeunes : une grande tournée musicale en 2006 et une opération « Ricard live music » » qui propose aux jeunes musiciens amateurs de promouvoir leur groupe et de les faire tourner ». (…) Une bonne façon de créer des liens privilégiés et d'élaborer un listing renseigné de jeunes à peu de frais* ».

Certaines voix commencent à s'élever contre les partenariats pseudo-préventifs développés par les fabricants de boissons alcoolisées. Ainsi l'association « soif de vivre »[d] réunissant plus de 150 marques d'alcool afin de « lutter contre une consommation excessive ou inappropriée des boissons alcoolisées », a lancé, en partenariat avec la Prévention Routière **l'opération « conducteur désigné »** V. Mahler dénonce : « *Cette opération lui permet de* ***cantonner les propos de la prévention aux seuls risques routiers*** *: seul le conducteur doit être sobre, les autres…, peuvent boire sans restriction, encourageant ainsi la tendance actuelle des jeunes à consommer jusqu'à la défonce.. De telles méthodes expliquent en partie qu'alors que l'ensemble de la consommation française d'alcool a tendance à diminuer, celle*

[d] www.sf.soifdevivre.com

des jeunes augmente. » Le Dr Picherot alerte (2007) : « ***Les enfants et adolescents d'aujourd'hui sont les consommateurs de demain.*** *Cette formule bien connue est appliquée pour développer les « avis favorables » des adolescents sur l'alcool.* ». Ainsi, certaines marques n'hésitent pas intervenir sur un public qui est pas censé être le leur, celui des enfants : Kronenbourg a sponsorisé la Semaine du Goût dans les écoles en 2005 ; 6 200 classes de CM1 et CM2 soit plus de 180 000 élèves y ont participé dans toute la France. Dès l'année suivante, la marque a été rejointe par le champagne Piper et l'apéritif Campari. Le Dr Picherot alerte: d'autres participent « *à une pseudo-prévention des accidents de la route en faisant la promotion également auprès des écoliers d'une marque de bière sans alcool* ». « *Comme pour la prévention de l'obésité et avec sans doute encore plus de gravité, de nombreux véritables « délits d'initiés » doivent être connus pour mieux organiser la prévention* ».

2.3.3. Le *binge drinking* : une définition brumeuse.

Depuis le début des **années 2000**, le terme de ***binge drinking***, issu du vocabulaire anglo-saxon, est apparu **en France dans les médias destinés au grand public** pour désigner un phénomène décrit comme émergent dans notre pays et consistant en une **nouvelle forme de consommation d'alcool sous forme d'hyperalcoolisation, particulièrement prisée par les jeunes**. Le terme de *binge drinking* existait antérieurement dans la littérature scientifique relative à la recherche en alcoologie. Cette littérature est surtout le fruit de chercheurs des pays anglo-saxons, des Etats-Unis, du nord de l'Europe et de l'Australie notamment. Une recherche par mot-clé sur Internet fait apparaître que **ce terme unique de *binge drinking* recouvre en fait deux sortes d'acception,** l'une, relayée par les médias grand public, décrit un **phénomène social voire sociétal** ; l'autre définit une **conduite de consommation** caractérisée par des critères objectivables et mesurables. Comme nous allons le voir, malgré cette distinction, aucune de ces deux acceptions n'est cependant suffisamment élaborée pour permettre une définition consensuelle du *binge drinking*.

2.3.3.1. La « biture express », le nouveau fléau menaçant nos adolescents ?

Dans le grand public tout d'abord, le concept de *binge drinking* est apparu au début des années 2000 dans les médias français mais il s'est **surtout diffusé à partir de l'année 2005**. Des articles de presse, des débats et reportages télévisés, des forums et blogs sur Internet ont contribué à diffuser la connaissance de ce concept parmi la population française. Cette diffusion s'est particulièrement amplifiée ces deux dernières années, les vifs débats autour de la **révision de la législation relative à la protection des mineurs vis-à-vis de l'alcool** ayant largement contribué à renforcer le battage médiatique autour de ce phénomène dont s'est saisi le gouvernement pour défendre son projet de loi.

Le terme de *binge drinking* est de loin celui qui est le plus répandu parmi une kyrielle de néologismes censés décrire le même phénomène. Ce terme anglo-saxon est donc traduit dans les médias par «*biture express* »[e] « *beuverie express* », « *cuite minute* »[f], « *gavage d'alcool* »[g], « *chaos éthylique* »[h]… Les termes utilisés par les professionnels de santé interrogés sont « *alcoolisation paroxystique intermittente* », « *intoxication alcoolique aiguë* », « *ivresses ponctuelles ou répétées* », « *consommation compulsive d'alcool* », « *alcoolo-défonce* », « *hyperalcoolisation* », « *alcoolisme périodique* ». Les jeunes interviewés dans les reportages télévisés parlent quant à eux de « *se mettre (ou) se coller une caisse, une mine, une race* », « *se mettre fracass* », « *se fracasser ou se murger la tête* », « *s'en coller une sévère (ou) se la coller*», « *se mettre minable* », et très parlant *« se mettre bien* » etc.… Si chacun a son vocabulaire, tout le monde s'entend-il sur la même chose ? Certaines caractéristiques de ce mode de consommation d'alcool sont en tous cas fréquemment décrites.

[e] www.magicmaman.com "La gueule de bois générationnelle", « Binge drinking : ces ados qui trinquent »

[f] www.francesoir.fr "L'alcool fait des ravages chez les ados"

[g] www.cote-momes.com "Le phénomène du binge drinking"

[h] www.wikipedia.fr "Binge drinking"

Son origine d'abord. Le *binge drinking* est décrit comme une pratique répandue dans les **pays anglo-saxons**, depuis longtemps coutumiers du fait et largement en tête dans les enquêtes épidémiologiques recensant le phénomène. Il semblerait que cette pratique se soit d'abord développée dans les pays scandinaves et au Royaume-Uni où, par souci d'économie, les adolescents se rendent dans les bars durant les « **happy hours** » (tranches horaires de deux heures durant lesquelles l'alcool est à moitié prix). Cette conduite est également renforcée en Angleterre par la fermeture précoce des pubs (23h). « Boire vite avant que ce soit trop cher ou que le pub ferme » tel serait le credo des jeunes anglo-saxons. De telles conduites d'alcoolisations massives et rapides sont, dans certains pays (Etats-Unis, Canada,…), carrément instituées à certains moments de l'année, comme au cours du **Spring Break**, où les étudiants d'Amérique du Nord, pendant les vacances de printemps, se rendent dans un lieu tropical pour une semaine complète de fêtes dont la renommée tient principalement aux nombreux excès en matière d'alcool et de sexualité. C'est dans ce genre de manifestations qu'a été décrite une forme encore plus intense d'alcoolisation appelée ***extreme drinking***, et qui consiste à boire deux à trois fois les quantités définies par la NIAAA en une seule occasion. Une autre hypothèse avancée quant à l'origine **du *binge drinking* est celle d'un effet** pervers de l'institution du principe « drink or drive » : quand c'est votre tour de ne pas conduire, alors vous pouvez boire jusqu'à l'ivresse[i].

La conduite proprement dite consiste à boire « ***le maximum d'alcool en un temps minimum*** »[j], les notions de quantité et de rapidité d'absorption sont donc centrales même si les seuils de consommation restent flous, entre 4 et 6 verres le plus souvent. Il s'agit d'une « *véritable course à l'ivresse* »[k]. Le but est d' « *atteindre le plus rapidement possible un stade d'ébriété avancé* ». Le binge drinking est décrit par le Dr. Philippe Batel comme une « *consommation frénétique avec une recherche intentionnelle et organisée de l'ivresse* »[l]. Certains faisant le parallèle avec le terme de *binge eating*, parlent de « *crise de boulimie*

[i] www. smeno.com "Nouveau phénomène: le Binge drinking"

[j] www.cote-momes.com "Le phénomène du binge drinking"

[k] www.cote-momes.com "Le phénomène du binge drinking"

[l] www. doctissimo .fr "Binge drinking: la nouvelle menace"

d'alcool »[m]. **La recherche première de l'ivresse, d'un « *maximun d'effets* », d'un « *état secondaire* » où la recherche de sensations « *prime sur le plaisir de la fête* »,** est pointée comme un élément inquiétant.

Cette pratique a lieu souvent **en groupe**, les jeunes peuvent ainsi se saouler **en public**. De nombreux articles de presse ont ainsi fait l'écho de nuisances et de troubles sur la voie publique générés par des jeunes en état d'alcoolisation aiguë dans divers centres-villes. D'autres faits divers sont rapportés comme des états d'ivresse manifeste en pleine journée dans le milieu scolaire, parfois dès le matin. **Les risques de cette pratique** sont mis en avant dans tous les articles retrouvés. Des risques physiques immédiats (décès, coma éthylique) aux troubles du comportement, jusqu'au risque de dépendance à moyen terme, le tableau est alarmant, insistant sur « *la perte de contrôle* »[n].

Ainsi, le *binge drinking* décrit dans les médias destinés au grand public est un **phénomène émergent se diffusant rapidement parmi les adolescents français, extrême dans sa pratique et d'une particulière gravité quant à ses conséquences. Il est clairement défini comme une recherche intentionnelle et préméditée d'ivresse assimilée alors à la « *défonce* » toxicomaniaque. Le ton général est dramatique et alarmiste : « *fléau* », « *menace* », « *ravages* »[o].**

2.3.3.2. La définition du *binge drinking* dans la littérature scientifique.

Si les propos sont moins passionnés parmi les chercheurs ayant étudié les phénomènes d'alcoolisation chez les jeunes, la préoccupation pour leur santé reste de mise. « *L'importance de la consommation d'alcool des jeunes pose de sérieuses questions en terme de conséquences concernant les jeunes eux-mêmes, mais aussi leur famille et la société dans son*

[m] www.santemagazine.fr "Le "binge drinking" : les adolescents face à l'alcool »

[n] www. doctissimo .fr "Binge drinking: la nouvelle menace"

[o] www.destinationsanté.com "Les ravages du binge drinking"

ensemble. Il est souvent mis en avant que l'abus d'alcool est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité évitable, particulièrement dans les sociétés occidentales » (Weschler, 1995).

T. P.S Oei et A. Morowska (2004), chercheurs à l'Université de Queensland à Brisbane ont réalisé en 2004 une large revue de la littérature scientifique relative au *binge drinking*. Leur premier point est de souligner **l'absence de définition consensuelle** de cette conduite. Le *binge drinking* a fréquemment été défini comme la consommation de 5 verres d'alcool ou plus en une occasion, mais ces seuils sont fluctuants d'une étude à l'autre, certaines distinguant les seuils selon le sexe, allant au maximum jusqu'à 13 verres ou plus pour les femmes et 15 verres ou plus pour les hommes pour une « *consommation nocive* » (Weschler, 1995) et au minimum de 4 verres ou plus pour les femmes et au-delà de 4 verres pour les hommes (Dowdall, 1998). Rappelons que **le seuil défini par l'OMS au-delà duquel il existe un risque pour la santé est de 4 verres en une seule occasion**.

La question de la fréquence et également prise en compte par les chercheurs, car s'il s'agit bien de conduites d'alcoolisation ponctuelles, cette conduite doit se répéter pour parler de *binge drinking*. *« Concernant la fréquence du binge drinking, il semble qu'il y ait un meilleur consensus dans la littérature. En général, le binge drinking est défini comme une consommation supérieure au niveau limite déterminé, au moins une fois dans les* ***deux semaines*** *précédant l'étude ou l'expérimentation.* » (Syre, 1997), (Weschler, 1998). Au-delà de cette répétitivité de deux semaines, certains auteurs (Ichiyama, 1998) distinguent les ***binge drinkers*** **réguliers** qui répètent la conduite plus d'une fois dans les deux semaines et les ***binge drinkers*** **occasionnels** qui ne l'ont pratiquée qu'une seule fois pendant la même période. Il est à noter que dans cette revue très complète de la littérature scientifique, la notion d'intentionnalité de l'ivresse n'est pas rapportée dans la définition.

Aux Etats-Unis, le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (**NIAAA**) propose une définition du *binge drinking* prenant en compte la rapidité d'absorption et la différence entre les sexes ; c'est **la « 4/5 definition** » (Goldman, 2004): « ***L'hyperalcoolisation est un modèle de consommation d'alcool avec une alcoolémie égale ou supérieure à 8,8 g d'alcool par litre de sang. Pour l'adulte commun, il correspond à la consommation de cinq verres ou plus pour les hommes et de quatre verres ou plus pour les***

femmes, sur une durée de deux heures environ. » Il est spécifié dans la définition que cette conduite est « *clairement dangereuse pour le consommateur d'alcool et pour la société* ».

En France l'Académie Nationale de Médecine s'est saisie de ce problème par l'intermédiaire de sa commission « Addictions » et de son président le Pr. Roger Nordmann, auteur d'un rapport intitulé : *« Evolution des conduites d'alcoolisation des jeunes : motifs d'inquiétude et proposition d'action* » (Nordmann, 2007). L'Académie retient le **seuil défini par l'OMS soit « *au maximun quatre verres standard* »**, pour décrire « *cette modalité d'intoxication alcoolique aiguë fréquemment qualifiée de « binge drinking* ». La question de la fréquence n'est pas abordée dans la définition mais son caractère répété souvent retrouvé est déclaré « *inquiétant* ». Le rapport ne se prononce pas quant à l'intentionnalité de l'ivresse nécessaire à la définition mais l'interroge.

Un autre facteur d'inquiétude mis en avant par le rapport est *« le recours à un âge de plus en plus précoce de ces modalités d'alcoolisations aiguës* ». En effet, il semble qu'il existe une **différence d'âge** entre les sujets décrits dans les articles anglo-saxons, plutôt en fin d'adolescence ou jeunes adultes et **les jeunes français pour qui le *binge drinking* semble plutôt une pratique du début de l'adolescence.** Ainsi une étude du Dr Picherot (2003) au CHU de Nantes retrouvait en 2002 des caractéristiques distinctes des alcoolisations des plus de 16 ans chez les adolescents admis aux urgences pédiatriques pour une intoxication alcoolique aiguë[p] : « *retrouvés en état de coma éthylique sur la **voie publique**, en **milieu d'après-midi** – contrairement à leurs aînés qui consomment le soir, et étaient amenés par les pompiers. Le taux d'alcool dans le sang pouvait être considérable. Ils buvaient par **petits groupes de trois ou quatre, hors des lieux festifs**. Généralement dans des jardins publics, ou chez l'un d'eux en l'absence des parents. Avec une **prédilection pour des alcools très forts**, comme le whisky ou la vodka, qui sont plutôt des « alcools d'adultes ». Ils buvaient vite et beaucoup, le but étant d'atteindre une ivresse rapide, la « **cuite** ». Enfin nous avons repéré des pics dans le temps : **janvier, juin, qui sont des mois de pression sur le plan scolaire, des moments auxquels les ados doivent prendre des décisions***. » Ces observations rejoignent celles du Dr Olivier Phan, psychiatre addictologue au centre Emergence de l'Institut

[p] www.liberation.fr "Chez les jeunes ados, le "binge drinking" correspond à une situation de détresse".

Mutualiste Montsouris (Phan, 2008) : « *Les alcoolisations massives ne se font plus dans les bars et les discothèques, où le prix jouait un rôle de facteur limitant, mais dans la rue, les gares et les parcs. Les alcools forts sont achetés en grande surface, et directement consommés à la bouteille. Les « cuites » se font en dehors de tout contexte social ou culturel. Seule compte la dynamique de groupe. Les produits consommés sont essentiellement des alcools forts, majoritairement de la vodka. Cette consommation chez les adolescents n'est pas chronique, avec le phénomène d'entraînement dans un contexte socioculturel bien déterminé, mais bien une* ***prise massive à visée de défonce****. Elle se rapproche en cela de ce qui peut s'observer chez les adultes grands marginaux.* »

2.3.3.3. Pourquoi le *binge drinking* ?

Trois sortes d'explication quant aux motivations ou raisons du succès du *binge drinking* sont identifiées dans les articles traitant de ce phénomène. La première concerne les **raisons sociales ou sociétales** qui favorisent ce type de conduite. La seconde recense les **motivations avancées par les jeunes eux-mêmes**. La troisième soulève l'hypothèse d'une **souffrance psychique** à l'origine de ce symptôme.

Les sociologues, à l'instar des médecins, se sont penchés sur la question du *binge drinking* et ils avancent des raisons sociales qui peuvent contribuer à expliquer le succès de cette pratique. Monique Dagnaud, sociologue, chercheur au C.N.R.S. (Centre National pour la Recherche Scientifique) s'intéresse à la culture des adolescents et post-adolescents dans l'univers des loisirs. (Dagnaud, 2008). Elle évoque tout d'abord un premier grand changement consistant à « *la* ***mise à disposition des adolescents d'une grande gamme d'alcools****, très diversifiés et souvent bien plus forts que le vin* ». « *Le second grand changement est le comportement des jeunes. Désormais,* ***l'alcool est devenu un objet de compétition*** *: c'est à celui qui boit le plus, attitude qu'encourage le binge drinking* **». Consommation et compétition, les deux mamelles de la jeunesse contemporaine *?*** *«Les adolescents subissent des pressions très fortes, dans leur scolarité notamment, où la sélection est extrêmement précoce chez nous. Les diplômes sont des éléments déterminants, or ce n'est pas forcément le cas dans d'autres sociétés où l'expérience sera plus reconnue. L'alcool devient alors un exutoire. En réalité, cet attrait pour la boisson traduit un* ***manque de confiance en la***

société, un manque de perspective, une sorte de pessimisme social. » A côté de cet environnement social difficile, la sociologue met également en avant le « *culte de la consommation* » susceptible de favoriser cette pratique. La notion d'exutoire vis-à-vis d'une pression sociale importante est aussi avancée par une autre sociologue, Véronique Nahoum-Grappe (2009), qui décrit *« une culture contemporaine qui promeut le succès individuel comme but de toute biographie. But qui pèse lourdement sur une jeunesse qui doit faire face au devoir « d'exister » demain, et qui s'en délivre en s'enivrant. (…) C'est bien la recherche d'ivresse qui est en jeu.* ».

A cette dimension sociale s'en ajoute d'autres, d'ordre plus sociétal ou culturel. Ainsi des auteurs anglo-saxons (Schulenberg, 1996) soulignent que « *Les adolescents et les jeunes adultes considèrent souvent le binge drinking comme* ***un rite de passage vers l'âge adulte*** *et ceci est fermement institué dans la culture occidentale* ». Rite initiatique dans un cadre culturel où « *l'alcool est ancré dans les familles et ne fait pas peur aux parents* », ainsi que le souligne le Dr Anne Tallec, directrice de l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire (Legleye, 2007). Cette vision est partagée par le Dr Picherot[q] chef du service des urgences pédiatriques du CHU de Nantes : « *les adultes ont plutôt minimisé le problème en l'interprétant comme quelque chose de festif, une sorte de rite initiatique. En France, (…) l'alcool garde une dimension familiale. Il est plus difficile d'aborder les problèmes liés à l'alcool que ceux liés à la drogue ou au tabac* ». A côté de ces éléments, plutôt inscrits dans la tradition culturelle de notre pays, certains proposent d'autres hypothèses, plus en lien avec les récentes évolutions sociétales, comme le développement de la communication virtuelle. *« Certains spécialistes avance que « l'alcool pourrait représenter désormais un* ***nouvel outil de communication chez des jeunes qui n'ont plus l'habitude de se parler en face à face,*** *conséquence de l'usage massif des nouveaux modes de communication comme la messagerie instantanée sur Internet et les SMS* »[r]. **Le côté ludique des jeux ou concours « à boire » est également attractif.**

[q] www.liberation.fr "Chez les jeunes ados, le "binge drinking" correspond à une situation de détresse".

[r] www.wikipedia.fr "Binge drinking"

Qu'en disent les intéressés eux-mêmes quant à leur motivation à boire autant ? A titre illustratif, voici quelques propos tirés de blogs sur Internet. Ainsi « Anonyme »[s], le 12/05/2009, qui se décrit comme une « *fille en première, d'un niveau scolaire raisonnable et pas non plus une coincée dans un assez bon lycée* » : « ***c'est trop IN de boire, si tu bois et que t'es défoncé, c'est top*** *; Le must, c'est d'en parler et de te dégrader le plus que tu peux ! Plus t'as été mort, mieux t'es vu : ouais, elle tient trop bien l'alcool (…) Si on a le malheur de dire « Oulah, Get27 et Porto, ça doit être bizarre », y en a toujours une qui te sort sa big expérience « Attends moi j'ai fait Get+Gin+Malibu+Smirnoff+ Pastice+Porto, j'te l'dis, à ne jamais refaire »… (…) Elles brandissent leurs bouteilles de Smirnoff tel le Graal. (…) Lorsqu'on boit au lycée, c'est pas par problème, beaucoup n'en n'ont pas, à part les vergetures ou les boutons ou sortir avec quelqu'un, c'est pour relâcher la pseudo pression qu'apporte les cours. (…) Vos gosses qui sortent en soirée avec des potes,* ***ils se forgent des souvenirs, et de quoi parler le lundi matin****, et aussi l'occasion de se faire engueuler par leurs parents pour pouvoir dire « Putain hier je me suis faite choper avec la bouteille de Bordeaux à la main* ». Ce genre de propos, fréquemment retrouvés sur les blogs, est résumé par une jeune fille citée par un journaliste du Times[t] : « ***for fun and against the rules*** ». **L'utilisation autothérapeutique de l'alcool** et des ivresses est nettement distinguée de ces pratiques groupales[u] : « *Lorsqu'on boit par problème on le fait sûrement pas à des fêtes ou à des soirées (…) Ceux qui boivent pour tout oublier n'en parlent pas de la même façon, n'en parle pas tout court, ou alors avec beaucoup d'ironie et quelques allusions (…) Mon expérience est différente, ce n'est ni un histoire de se la péter, ni relâcher une quelconque pression, ni même quelque pression que ce soit. Juste* ***l'envie d'ailleurs****. Et c'est surtout de ça dont il faut s'inquiéter*. »

T. P.S Oei et A. Morowska ont dans leur travail (2004) tenté de retrouver les facteurs de motivation du *binge drinking*, dans une perspective cognitiviste. Ils relèvent ainsi dans une étude de 1994 de R. Braotbent (1994), les jeunes gens précisaient qu'ils consommaient « **par plaisir** », **« pour être heureux** », **« pour avoir plus confiance en soi** », « **pour être cool** » et « **simplement pour passer le temps** ». Les étudiants universitaires identifient **la sociabilité**

[s] www.magicmaman.com "La gueule de bois générationnelle", « Binge drinking : ces ados qui trinquent »

[t] www.timesonline.co.uk « French teeenagers get the taste for binge-drinking »

[u] www.magicmaman.com "La gueule de bois générationnelle", « Binge drinking : ces ados qui trinquent »

comme le principal atout de l'alcool (Crundall, 1995) et remarquent que le *binge drinking* **favorise les interactions sociales et augmente la détente et l'excitation sexuelle** (Turrisi, 1999). D'autres chercheurs (Tyssen, 1998) ont démontré que l'utilisation d'alcool pour **résoudre les tensions** était associée au *binge drinking*. Parmi les adolescents australiens, d'autres auteurs (Andrew, 1997) ont trouvé que le *binge drinking* était lié à la **recherche de sensations.** En général, les hommes tendent à pratiquer le *binge drinking* plus souvent que les femmes (Weschler, 1995) et des **différences entre les hommes et les femmes sur les raisons de l'initiation au *binge drinking*** ont été recherchées. Certains chercheurs ont ainsi (Liu, 1996) démontré que les femmes débutaient des conduites de *binge drinking* **quand elles se sentaient en colère ou sans valeur et qu'elles voulaient se mettre à distance de leur malaise**. Les hommes de leur côté débutaient plus fréquemment le ***binge drinking*** **pour gagner l'approbation de leurs pairs ou pour montrer qu'ils n'avaient pas peur.**

Un **modèle du lien social** a été utilisé pour étudier le *binge drinking* (Durkin, 1999). Le lien social se réfère au lien existant entre l'individu et la société à laquelle il appartient et postule que la déviance, dans le cas du *binge drinking*, survient **lorsque le lien social est affaibli ou manquant**. Les facteurs prédictifs significatifs négativement corrélés au *binge drinking* retrouvés dans l'étude étaient le respect de l'autorité, l'acceptation des croyances conventionnelles, de bons résultats scolaires et l'attachement parental.

Certains auteurs (Norman, 1998) ont étudié le *binge drinking* selon la perspective de la Théorie du Comportement Planifié. Les résultats indiquent que les *binge drinkers* fréquents ont plus souvent une **attitude p**ositive vis-à-vis du *binge drinking*, perçoivent plus la **pression sociale à « binger »**, pensent que le *binge drinking* entraîne diverses **conséquences positives** et repèrent plus facilement de nombreux **« facilitateurs** » du *binge drinking*. En même temps, ils sont moins enclins à croire que le *binge drinking* entraîne des conséquences négatives et qu'ils contrôlent leur consommation.

Un pan de la recherche est centré sur le contexte social de la consommation – une construction qui implique des profils de motivation personnelle à boire dans le cadre de situations sociales spécifiques (Ichiyama, 1998). Le contexte social dans lequel l'alcool est consommé implique à la fois des aspects sociaux et personnels dans la motivation à boire (Beck, 1991). Des **conditions sociales aisées** et la **perception de la pression sociale** générée par les amis proches consommateurs sont associées au *binge drinking* en particulier. Les *binge drinkers* fréquents (plus d'une fois au cours des deux dernières semaines) ont une plus

forte tendance à boire pour **surmonter des émotions négatives**, à boire dans le but de **rechercher des relations sexuelles** et pour **faciliter les interactions sociales** en comparaison des *binge drinkers* occasionnels et des non *binge drinkers* (Ichiyama, 1998). D'autres chercheurs (Schulenberg, 1996) ont examiné les facteurs de risque de *binge drinking* au moment du passage à l'âge adulte. Parmi les différents facteurs identifiés, la motivation à boire telle que « boire pour être ivre » et « boire pour résoudre les problèmes » est retrouvée.

Le Dr Olivier Phan évoque une étude réalisée en 2006[v] par le ministère fédéral allemand sur 500 adolescents admis dans les services d'urgence. « *Celle-ci a pu mettre en évidence des motivations de consommation très diverses. Dans certains cas, l'ingestion massive d'alcool sert comme* ***passe-temps pour lutter contre l'ennui****. Dans d'autres cas, la prise d'alcool s'articule autour de paris et de jeux ; elle peut servir de* ***rituel de passage pour appartenir au groupe****. Enfin il existe une alcoolisation* ***pour oublier les problèmes*** *et notamment ceux en rapport avec le milieu scolaire et le contexte familial. Pour la grande majorité des jeunes, cette étude pointait une grande naïveté et une inconscience des risques liés à l'alcool* ». Au-delà de ces motivations avancées par les jeunes et retrouvées dans les études, se pose la question de la signification sous-jacente de ces comportements d'hyperalcoolisations à haut risque. Pour le Dr Picherot[w], « *dans le cas des adolescents que nous prenons en charge aux urgences pédiatriques, le binge drinking correspond quasi-systématiquement à une* ***situation de détresse****. Celle-ci peut venir d'un événement précis ou d'un mal-être plus chronique. (…) Parfois la détresse est visible, mais il arrive que des adolescents en viennent à une alcoolisation extrêmement forte alors qu'ils n'ont visiblement pas de problèmes par ailleurs.* »

[v] Bundesmodellprojekt "HaLT – Hart am Limit", Bericht zur Modellphase II. Basel. 2007:188 p.

[w] www.liberation.fr "Chez les jeunes ados, le "binge drinking" correspond à une situation de détresse".

2.3.3.4. Deux typologies de *binge drinking* ?

Le *binge drinking* est donc identifié comme un phénomène de société, concernant principalement les adolescents et les jeunes adultes, perçu comme inquiétant de par ses manifestations spectaculaires et ses risques, au point que le gouvernement s'en est saisi pour modifier la loi encadrant l'accessibilité de l'alcool aux mineurs. L'aspect spectaculaire et émotionnel est souvent mis en avant sans que ne semblent beaucoup interrogés le sens et les raisons du succès du phénomène – ainsi ces questionnements n'apparaissent pas dans les rapports à l'origine de préconisations relatives à la prévention (Nordmann, 2007)[x].

Face à l'impression de confusion générée par la multiplicité des définitions du *binge drinking*, il nous semble cependant se dégager **deux sortes de pratiques**, dont les significations psychopathologiques ne nous paraissent pas strictement superposables.

Tout d'abord, il y a le ***binge drinking* s'inscrivant dans un cadre festif** et que nous pourrions qualifier de « traditionnel». Ce *binge drinking* est une pratique **existant depuis longtemps**, particulièrement dans les pays-saxons mais aussi en France, et qui **concerne plutôt les jeunes en fin d'adolescence**, au moment du **passage vers l'âge adulte**, particulièrement les étudiants. Nous qualifions cette pratique de **traditionnelle** car elle se transmet de génération en génération de jeunes sous forme de coutumes et de folklore. Elle se déroule dans un **contexte socioculturel déterminé** et identifié comme tel par les membres du groupe, le **caractère festif et convivial** est mis en avant et si l'ivresse est valorisée et recherchée, elle ne constitue pas la finalité de la rencontre. Elle est **limitée dans le temps** (une soirée, un week-end, voire une semaine), et **accompagne une occasion** (moment d'intégration dans une Ecole, nuit du Bac, etc.). Elle permet d'inscrire le participant dans un lieu, un moment, un groupe qui ont **valeur d'identification** (« j'y étais, je l'ai fait ») reconnue par ce groupe et s'inscrivant dans une tradition transmise. Ces pratiques sont considérées comme une **étape rituelle ponctuant la trajectoire d'un individu au moment de son**

[x] Bundesmodellprojekt "HaLT – Hart am Limit", Bericht zur Modellphase II. Basel. 2007:188 p.

entrée dans l'âge adulte, acceptée par le groupe de pairs comme par le reste de la société parce qu'elles sont circonscrites dans le temps, l'espace et le contexte (« il faut que jeunesse se passe »).

En ce sens, cette pratique se distingue nettement de celle observée chez les **très jeunes adolescents** et qui paraît **beaucoup moins instituée** ou inscrite dans une tradition venant symboliser une transition générationnelle. L'expérience de l'accueil pour des intoxications alcooliques aiguës aux urgences pédiatriques voire directement en réanimation de ces jeunes nous apprend que dans la très grande majorité des cas, ces conduites viennent signer une **souffrance personnelle à laquelle s'ajoute souvent une situation familiale difficile**. En ce sens, la seule admission pour ce motif constitue à nos yeux un **facteur de gravité** nécessitant une évaluation multidisciplinaire de cette conduite. Ce sont principalement ces modalités d'alcoolisation au début de l'adolescence qui seront plus spécifiquement abordées dans la seconde partie de ce travail.

Cette distinction reste évidemment une construction et dans la réalité, les choses ne sont pas toujours si tranchées. Mais la fonction symbolique comme la signification psychopathologique de cette conduite nous paraissent différentes selon le contexte et l'âge du sujet concerné. Toujours est-il que **le socle commun de cette pratique est une « intoxication alcoolique aiguë » dont les risques physiques, psychiques et sociaux, à court, moyen et long termes sont loin d'être négligeables.** Ce sont ces risques qui ont été avancés par le législateur afin de modifier la loi encadrant l'accessibilité de l'alcool aux mineurs.

2.4. Ce que dit la loi : la législation française sur les mineurs et l'alcool.

2.4.1. Introduction : une brève histoire de la législation française en matière d'alcool.

L'alcool est un produit psychotrope légal dont la production, le commerce, la distribution et la consommation sont réglementés par l'Etat français.

Le commerce et la distribution des boissons alcoolisées sont réglementés en France depuis plusieurs siècles, principalement depuis que ces boissons sont taxées par l'Etat. C'est secondairement au XIXème siècle, que la législation française s'est préoccupée de l'influence de l'alcool sur l'ordre public. Elle sanctionne l'ivresse publique depuis 1873.

La santé publique et la lutte contre l'alcoolisme sont des préoccupations plus récentes. La première manifestation en est l'interdiction en 1915 de la production d'absinthe, la fameuse « Fée verte » chère aux poètes et peintres de la fin du XIXème siècle et connue pour sa neurotoxicité importante à l'origine de manifestations psychiatriques.

La publicité des boissons alcoolisées est réglementée depuis 1941.

L'Etat s'est ensuite préoccupé de réglementer les débits de boissons, d'en limiter de nombre et d'en protéger les mineurs avec le « Code des débits de boissons et de lutte contre l'alcoolisme » établi depuis 1954 et désormais intégré dans le Code de la Santé publique.

L'alcool au volant est réprimé depuis 1965.

La consommation d'alcool sur les lieux de travail est réglementée depuis 1973.

Les textes législatifs concernant les boissons alcoolisées sont régulièrement remaniés et apparaissent aujourd'hui dans de nombreux Codes. La production, l'emballage, l'étiquetage, le transport et la taxation sont réglementés selon le Code Rural, le Code du Commerce, le Code général des Impôts et une partie du Code de la Santé publique. Pour ce qui concerne la distribution des boissons alcoolisées, le respect de l'ordre public, la lutte contre l'alcoolisme et la protection des mineurs, ce sont les Code des Débits de boissons et de lutte contre l'alcoolisme, Code du Travail, Code de la Route, Code Pénal et bien sûr le Code de la Santé publique qui font référence.

La loi qui jusqu'alors encadrait la protection des mineurs vis-à-vis de l'alcool était la **loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme dite « loi Evin »**[y], du nom de son auteur, Claude Evin, alors Ministre de la Santé. Mais les dispositions

[y] www.legifrance.gouv.fr > Accueil > Les textes législatifs et réglementaires > Détail d'un texte > Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

législatives et réglementaires correspondantes, si elles venaient renforcer la protection des mineurs, restait relativement complexes. Le Code de la Santé publique a très récemment été remanié en profondeur par la **loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires dite « loi Bachelot » promulguée le 21 juillet 2009**[z]. C'est désormais elle qui encadre l'accessibilité de l'alcool aux mineurs.

2.4.2. Le nouveau dispositif législatif de protection des mineurs vis-à-vis de l'alcool.

L'évolution de la législation est liée à celle de la consommation d'alcool par les jeunes et a produit de nombreux textes qui reflètent la complexité du phénomène.

2.4.2.1. Une nouvelle loi motivée par l'évolution de la consommation d'alcool des jeunes.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires adoptée cet été 2009, et inspirée du rapport remis par G. Larcher en avril 2OO8, comporte un volet de prévention de la santé, notamment en direction des jeunes qui voient limité leur accès à l'alcool et au tabac. Ce volet est issu du travail du Sénateur N. About qui a rédigé une proposition de loi « tendant à interdire la vente d'alcool aux mineurs »[aa].

Pour le Sénateur About, il existait **deux justifications principales** pour revoir l'encadrement de l'accès de l'alcool aux mineurs prévu par la loi Evin qui date de près de vingt ans. La première était induite par les **évolutions de la consommation d'alcool des jeunes** en deux décennies et la seconde étant la **complexité du dispositif existant** à l'origine d'un certain flou sur « le terrain » quant aux interdictions prévues par la loi : « *Notre*

[z] www.legifrance.gouv.fr > Accueil > Les textes législatifs et réglementaires > Détail d'un texte >Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, version consolidée au 23 juillet 2009. Titre III Prévention et Santé Publique, article 93.

[aa] About N. Proposition de loi tendant à interdire la vente d'alcool aux mineurs. Annexe au procès-verbal de la séance du 10 juin 2008, n°377.

législation (…) manque de lisibilité. Elle distingue deux tranches d'âge (les mineurs de 16 ans et les mineurs de 18 ans), auxquelles s'appliquent des restrictions différentes, selon les modalités de vente (sur place ou à emporter) et selon le type de boissons (obtenues par fermentation ou par distillation). ***Cette complexité législative ne favorise pas les contrôles*** *susceptibles d'être exercés par les détenteurs de débits de boissons, ou par les responsables des points de vente, type supermarchés ou stations-services,* ***pas plus qu'elle ne favorise l'exercice d'une autorité claire des parents sur leurs enfants.*** »

.

Concernant l'évolution de la consommation d'alcool des jeunes, il constate la prééminence du produit alcool chez les jeunes parmi l'ensemble des produits psychoactifs licites ou illicites avec de **nouvelles formes de consommation (alcoolisations massives, ivresses répétées)**, de **nouveaux produits à destination quasi exclusive de ce jeune public (alcopops)**, et le **développement de nouvelles modalités de consommation (boire dans la rue, happy hours, open bars)**. « *L'alcool est devenu la première forme d'addiction chez les jeunes en France. Depuis quelques années, on observe une recrudescence de la consommation excessive d'alcool chez les mineurs, avec des phénomènes d'alcoolisation massive et brutale. (…) La vente de boissons alcoolisées, type « prémix » ou « alcopops », boissons associant des sodas, des jus fruits ou des arômes avec des alcools forts (whisky, vodka, etc.), en libre distribution dans les grandes surfaces et les stations-services, n'est pas étrangère à ce phénomène. (…) Or, il n'est pas rare de voir des jeunes de 14-16 ans acheter de grandes quantités d'alcool, à bas prix, dans les supermarchés, pour aller les consommer ensuite en groupe, dans la rue, à domicile ou à l'occasion de soirées entre jeunes, où les parents font défaut. De même, le développement des « open bars », qui proposent une consommation d'alcool à volonté, ou encore celui des « happy-hours », vente d'alcool à prix réduit en soirée, constituent des facteurs aggravants lorsqu'ils s'adressent à des jeunes, particulièrement vulnérables et influençables, dans le cadre de phénomènes de groupe*. »

Le sénateur About insiste ensuite pour souligner le **problème de santé publique que constituent ces nouvelles formes d'alcoolisations** notamment en raison des comas éthyliques et des comportements à risques induits par des absorptions massives d'alcool, au conséquences parfois dramatiques. « *Ainsi, la presse s'est récemment fait l'écho de plusieurs cas de comas éthyliques, survenus chez des jeunes, au cours de ces soirées arrosées, mais aussi en journée, y compris à l'école. (…) Outre les* ***conséquences graves et immédiates*** *de*

cette alcoolisation massive sur la santé des jeunes, elle induit également des ***comportements à risque****. La perte de contrôle de soi peut conduire à des comportements de violence, de passage à l'acte, d'agressions ou de suicide, plus particulièrement chez les jeunes. En outre, l'alcool entraîne une diminution de la vigilance, cause principale d'accidents de la circulation.*»

Afin de poser une « *interdiction symbolique* », la proposition de « loi About » pose une règle générale simple : l'interdiction de toute vente d'alcool aux mineurs de 18 ans, quel que soit le type de boisson ou le mode de consommation (sur place ou à emporter). Elle supprime donc l'exception de vente, jusque-là autorisée aux mineurs de 16 ans.

2.4.2.2. Les textes de loi relatifs à la protection des mineurs dans le Code de la Santé Publique.

Les dispositifs législatifs concernés se situent dans le livre III de la Troisième partie du Code de la Santé Publique intitulé « Lutte contre l'alcoolisme ». Le chapitre II Du Titre IV « Répression de l'ivresse publique et protection des mineurs » concerne spécifiquement la protection des mineurs[bb].

L'article L3342-1, modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art 93 (V) affirme que « ***la vente des boissons alcooliques à des mineurs est interdite****. L'offre de ces boissons à titre gratuit à des mineurs est également interdite dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics. La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité* »[cc].

[bb] www.legifrance.gouv.fr > Accueil > Les textes législatifs et réglementaires > Détail d'un texte > Article L3353-3 du Code de la santé publique modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 93 (V) > Partie législative > Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances > Livre III : Lutte contre l'alcoolisme >Titre V : Dispositions pénales > Chapitre III : Répression de l'ivresse publique et protection des mineurs.

[cc] www.legifrance.gouv.fr > Accueil > Les textes législatifs et réglementaires > Détail d'un texte > Article L3342-1du Code de la santé publique modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 93 (V) > Partie

L'article L3342- 3 interdit de recevoir dans les débits de boissons des mineurs de moins de 16 ans qui ne sont pas accompagnés d'une personne majeure en ayant la charge ou la surveillance. Toutefois, les mineurs de plus de 13 ans, même non accompagnés, peuvent être reçus dans les débits de boissons assortis d'une licence de première catégorie (boissons sans alcool).

L'article L3342-4, créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art 93 (V) stipule que ces dispositions doivent être affichées dans les débits de boissons à consommer sur place.

D'autre part, selon les articles L3341-1 à L3341-3, toute personne faisant boire de l'alcool à un mineur jusqu'à l'ivresse encourt une peine de prison et une amende, et peut être déchue de l'autorité parentale.

La loi a donc clarifié la position des mineurs, l'âge intermédiaire de 16 ans n'est plus source de confusion : pas de vente ou d'offre d'alcool aux mineurs dans l'espace public. Rien en revanche n'est précisé sur ce qui se passe dans l'espace privé des familles : l'alcool n'est pas interdit à la consommation pour les mineurs.

Le Chapitre III du Code de la Santé publique réglemente la publicité des boissons.

Les préoccupations de santé publique de l'Etat se heurtent souvent aux intérêts économiques et sociaux des viticulteurs, des producteurs et des distributeurs qui constituent un groupe de pressions politique, sociale et économique important. Confronté à de puissants lobbys, les législateurs proposent des dispositifs particuliers visant à ce que les mineurs ne constituent pas une cible publicitaire trop facilement accessible notamment par voie de presse ou sur Internet, ainsi que sous forme de publicité détournée lors de manifestations festives où se retrouve la jeunesse. **C'est ainsi que le législateur en vient à la décision paradoxale de renforcer la protection des mineurs en interdisant de parrainage direct des soirées étudiantes par les alcooliers mais autorise la publicité de l'alcool sur Internet, média jeune par excellence ainsi que dans la presse écrite.** A titre d'exemple, on relève dans le

---

législative > Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances > Livre III : Lutte contre l'alcoolisme >Titre IV : Répression de l'ivresse publique et protection des mineurs > Chapitre II : Protection des mineurs.

magazine Cosmopolitan destiné aux jeunes filles, du mois d'août 2009, cinq annonces publicitaires pour des boissons alcoolisées.

L'article L3323-1, modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 96 stipule que dans tous les débits de boissons, un étalage des boissons non alcooliques mises en vente dans l'établissement est obligatoire. Cet étalage, séparé de celui des autres boissons, doit être installé en évidence dans les lieux où sont servis les consommateurs. **Si le débitant propose des boissons alcooliques à prix réduit pendant une période restreinte, il doit également proposer à prix réduit les boissons non alcooliques.**

L'article L3323-2, modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 97 réglemente la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques dont la fabrication et la vente ne sont pas interdites en France. Les publications destinées à la jeunesse et les services de communications en ligne qui, par leur caractère, leur présentation ou leur objet, apparaissent comme principalement destinés à la jeunesse, ainsi que ceux édités par des associations sportives ou des ligues professionnelles au sens du code du sport ne sont pas autorisés à diffuser la publicité de boissons alcoolisées. **Toute opération de parrainage est interdite lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques.**

L'article L3323-3 définit ce qui est considéré comme propagande ou publicité indirecte, c'est-à-dire la promotion de tout ce qui peut rappeler par son apparence une boisson alcoolique à l'exception de la propagande ou à la publicité en faveur d'un produit autre qu'une boisson alcoolique qui a été mis sur le marché avant le 1er janvier 1990.

L'article L3323-4, modifié par la loi n°2005-157 du 23 février 2005 - art. 21 JORF du 24 février 2005 limite la publicité pour les boissons alcooliques aux informations « techniques » sur la boisson. Le conditionnement ne peut être reproduit que s'il est conforme aux dispositions précédentes. Toute publicité en faveur de boissons alcooliques, à l'exception des échanges entre professionnels, doit être assortie d'un message de caractère sanitaire précisant que l'abus d'alcool est dangereux pour la santé.

Selon l'article L3323-5, il est interdit de remettre, distribuer ou envoyer à des mineurs des prospectus, buvards, protège-cahiers ou objets quelconques nommant une boisson alcoolique, ou en vantant les mérites ou portant la marque ou le nom du fabricant d'une telle boisson.

L'article L3323-6, modifié par la loi n°2003-709 du 1 août 2003 - art. 23 JORF du 2 août 2003 encadre les actions de mécénat publicitaire des entreprises commerciales de boissons alcoolisées.

Ainsi, de façon très discrète est ouverte une grande brèche dans le principe de l'interdiction de la publicité de l'alcool : celle-ci devient autorisée sur Internet où le contrôle d'accès aux sites des adolescents est un vœu pieux.

Par ailleurs, le Chapitre V relatif aux zones protégées interdit les débits de boissons à consommer sur place aux abords des établissements d'instruction publique et établissements scolaires privés ainsi que tous établissements de formations ou de loisirs de la jeunesse. La même interdiction prévaut pour les stades, piscines et terrains de sport. La vente et la distribution de boissons alcoolisées est désormais interdite dans tous les établissements d'activités physiques et sportives depuis la loi n°2009-888 du 22 juillet 2009 – art. 21 et 26 sauf ceux accueillant des hôtels ou des restaurants.

2.4.3. La prévention dans le milieu scolaire.

Selon la circulaire du 31 mai 1996 intitulée « Les jeunes et l'alcool », les chefs d'établissement doivent, avec l'aide des enseignants, *« **accorder à ce thème la place qui lui revient dans le cadre des programmes*** ». Médecins et infirmiers y sont invités à mettre en place « *les **actions destinées à informer et à développer le sens des responsabilités des élèves face au risque représenté par l'alcool*** » (Mahler, 2007).

2.4.4. Conclusion : l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs.

Le gouvernement français, convaincu que « *le comportement des jeunes vis-à-vis de l'alcool a changé, et (que) le développement des facilités d'achat de boissons alcoolisées y est sans doute pour quelque chose* »[dd], a donc durci la loi existante en matière d'accessibilité des mineurs à l'alcool afin « *si ce n'est d'enrayer le phénomène, au moins de le ralentir*. »

Afin de poser une interdiction symbolique, la loi française institue une règle générale simple : l'interdiction de toute vente d'alcool aux mineurs de 18 ans, quel que soit le type de boisson ou le mode de consommation. Elle supprime donc l'exception de vente, jusque-là autorisée aux mineurs de 16 ans.

Mais force est de constater que l'ambiguïté du législateur persiste et qu'il est déjà en retard par rapport à l'évolution des modes de communication des jeunes contrairement aux équipes de stratégie marketing des alcooliers. Les nouvelles dispositions législatives ne posent pas non plus la question du rôle de la sphère privée dans la consommation d'alcool des jeunes alors que c'est un des messages récurrents des professionnels qui réfléchissent à la prévention.

	PRÉSENCE DANS LES DÉBITS	DÉBITS À CONSOMMER SUR PLACE

[dd] About N. Proposition de loi tendant à interdire la vente d'alcool aux mineurs. Annexe au procès-verbal de la séance du 10 juin 2008, n°377.

Age	Sans alcool	Avec alcool	Licence I Boissons du 1er groupe	Licence II Boissons du 1er & 2e groupe	Licence III Boissons du 1er, 2e & 3e groupe	Licence IV Boissons du 5e groupe
- 13 ans	**NON**	**NON**	**NON**	NON	NON	NON
13 à 16 ans	OUI	OUI accompagné	OUI	NON	NON	NON
16 à 18 ans	OUI	OUI	OUI	**NON**	NON	NON
+ 18 ans	OUI	OUI	OUI	OUI Vente à crédit interdite	OUI Vente à crédit interdite	OUI Vente à crédit interdite

Age	Lieux de vente	DEBITS A EMPORTER		
		Petite licence à emporter		Licence à emporter
		Boissons du 1er groupe	Boissons du 1er et 2e groupes	Toutes les boissons
- 16 ans	Débits de boissons	OUI	NON	NON
+ 16 ans	Épiceries, grandes surfaces, magasins spécialisés...	OUI	**NON**	**NON**

NB : figurent en gras les récentes modifications introduites par la Loi « Bachelot » où les « NON » remplacent les « OUI ». Ce tableau est inspiré d'un rapport législatif intitulé « Proposition de loi visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes ».

3. CONNAÎTRE LES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE DES NOUVELLES MODALITES D'ALCOOLISATION DES JEUNES.

3.1. Introduction : des intoxications alcooliques aiguës et une alcoolisation plus précoce.

La **consommation excessive d'alcool a un impact important sur la santé publique** en France, tant en termes de mortalité, de morbidité que de dommages sociaux. L'alcool est, en effet, la **deuxième cause de mortalité évitable** dans notre pays. Catherine Hill de l'Institut Gustave Roussy estime à 45 000, le nombre de décès attribuables à l'alcool[ee]. A l'échelle européenne, la France connaît la plus forte surmortalité masculine liée à l'alcool, de 30 % supérieure à la moyenne européenne[ff]. Outre les décès qui lui sont directement attribuables, l'alcool agit comme « facteur associé » dans l'apparition de nombreuses pathologies et sa consommation au cours de la grossesse en fait la **première cause non génétique de handicap mental chez l'enfant**. L'alcool est aussi impliqué dans la survenue de **nombreux accidents** de la circulation et du travail, l'apparition de certains **troubles mentaux** et la commission de **violences**. Le coût social de l'alcool, à savoir l'ensemble des coûts supportés par la collectivité du fait de la consommation de ce produit, correspond à 1,42 % du produit intérieur brut (Kopp, 2000). Un gigantesque travail reste encore à faire concernant les représentations vis-à-vis de l'alcool puisque de récentes études[gg] confirment la **persistance d'une connaissance insuffisante des consommations à risque,** notamment une sous-estimation des risques sanitaires, une connaissance insuffisante des seuils de dangerosité et la persistance d'une représentation du caractère anodin des boissons alcoolisées entrainant la banalisation des consommations, en particulier chez la femme enceinte.

Les modalités de consommation d'alcool à l'adolescence sont bien particulières, de même que les conséquences de ces consommations, du fait de la situation développementale de l'adolescent. Cette période d'intense maturation physiologique, notamment neurologique, et psychosociale, le rend **particulièrement vulnérable** à l'intoxication alcoolique, et ce d'autant plus que celle-ci a lieu précocement. Les risques sont à la fois immédiats, source d'une morbi-mortalité non négligeable, mais également différés, avec des conséquences sur le développement de ces adultes en devenir parfois très lourdes.

[ee] Hill C. Alcool et risque de cancer, Actualités et dossier en santé publique. La documentation française. 2000 : 30.

[ff] Alcool - Effets sur la santé. INSERM. Septembre 2001.

[gg] Etude Ipsos/CNAMTS/CFES. « Les Français et la consommation d'alcool » - Avril 2002.

3.2. Les risques de l'intoxication alcoolique aiguë.

3.2.1. A court terme.

L'intoxication alcoolique aiguë est une **urgence médicale**, tout autant pour les **troubles du comportement** qu'elle peut générer, que pour ses **complications médicales ou chirurgicales** qui nécessitant d'être dépistées par un examen attentif.

3.2.1.1. Les différentes formes d'intoxication alcoolique aiguë.

Au terme de l'examen clinique, on distingue classiquement deux types d'ivresses[hh] :

- L'ivresse « simple » qui évolue en trois phases :

1. La phase d'**excitation psychique** avec désinhibition et bien être ;
2. La phase ébrieuse avec **obnubilation et troubles des conduites** ;
3. La phase résolutive de **sommeil ou comateuse**.

- L'ivresse « pathologique » doit faire l'objet de précautions particulières :

1. **L'ivresse excito-motrice** avec agressivité et impulsivité, ou les raptus furieux avec violence clastique peuvent nécessiter un recours à la contention et un traitement sédatif ;
2. **L'ivresse délirante** où le sujet agit un délire de persécution, de jalousie, de grandeur ;

[hh] Conduite à tenir devant une ivresse, senononline

3. **L'ivresse dépressive ou hypomaniaque** qui peut générer elle aussi des troubles du comportement ;

4. **L'ivresse convulsive** chez les patients prédisposés.

3.2.1.2. Les complications médico-chirugicales[ii]

La dose létale lors d'une intoxication est de 3 à 6 g d'alcool pur par kg. La toxicité de l'alcool est à la fois directe (altérations des systèmes de pompes membranaires) et indirecte (désordres métaboliques). **La sévérité de l'intoxication dépend de la dose absorbée et de la vitesse du pic d'absorption** ; elle est d'autant plus importante que le sujet est à jeun et que le pic est atteint en moins de 30 minutes.

La susceptibilité individuelle est importante, selon notamment l'âge, l'équipement enzymatique de dégradation de l'éthanol et la tolérance à l'alcool du sujet. **Le sujet jeune, notamment l'enfant et l'adolescent, a une sensibilité physiologique plus forte** à l'action de l'alcool ce qui abaisse les seuils moyens fixés en général en référence à des sujets adultes. L'alcool passe très facilement la barrière hémato-encéphalique et sa concentration dans le cerveau suit une courbe parallèle à celle de sa concentration dans le sang.

Lors de la phase d'excitation psychomotrice (entre 0,5 et 1,5 g/l en moyenne), on note une **incoordination motrice et un ralentissement des réflexes**, une **désinhibition avec parfois agressivité**, une agitation possible. Lui succède la phase d'ébriété proprement dite (entre 1 et 3g/l) où apparaissent une **désorientation temporo-spatiale**, un syndrome confusionnel, une dysarthrie et des **troubles de l'équilibre** qui signent l'atteinte du cervelet. Il y a également une tachycardie et une tachypnée. Vient ensuite la phase de **coma** (au-delà de 3 g/l) se manifestant par une hypotonie, une dépression respiratoire, une hypothermie, une hypotension artérielle et une tachycardie. Cette phase de coma **peut entraîner le décès** du sujet.

[ii] Questel F. Alcool et urgences capacité d'addictologie clinique service des urgences unité médico-judiciaire Hôtel-Dieu Paris

La présence de signes de localisation fait craindre un **hématome intracrânien**, une forme hypertonique l'apparition d'une **hypoglycémie**, ces complications sont encore une fois possiblement à l'origine de décès. Il faut toujours rechercher une intoxication associée (benzodiazépines, hypnotiques…). **Les enfants et adolescents sont plus souvent sujets aux hypoglycémies** lors d'une intoxication alcoolique aiguë. On peut observer également une **hyponatrémie, une hypokaliémie**, parfois masquée par la **rhabdomyolyse** chez les sujets en coma éthylique, une **acidose** métabolique et une acidose respiratoire (induite par la dépression respiratoire).

Les complications médico-chirurgicales fréquemment associées à l'intoxication alcoolique aiguë grave sont nombreuses et parfois létales :

- Hépatite alcoolique aiguë,
- Pneumopathie d'inhalation,
- Pancréatite aiguë,
- Rhabdomyolyse,
- Hématome sous-dural ou extradural par traumatisme crânien,
- Trouble métabolique aigu : hypoglycémie, hyponatrémie, hypokaliémie entraînant un trouble du rythme cardiaque,
- Crise convulsive : l'alcool abaissant le seuil épileptogène,
- « **Blackout** », qui correspond à une perte du souvenir des événements s'étant déroulés au cours de l'intoxication alcoolique aiguë, probablement causé par un dysfonctionnement aigu de l'hippocampe (White, 2002). Cette perte de mémoire est le plus souvent transitoire mais peut parfois perdurer un certain temps après l'épisode d'alcoolisation.

Dans l'enquête multicentrique dirigée par le Dr Picherot concernant spécifiquement les adolescents admis aux urgences pour une intoxication alcoolique aiguë (Picherot, 2003), l'alcoolémie moyenne retrouvée était de 1,68 g/l. Les complications cliniques accompagnant

ces ivresses étaient dominées par les troubles neurologiques dans 40% des cas (agitation 14%, somnolence 16%, coma 9%) et métaboliques (hypoglycémie 5%, hypothermie 16%). Une récente étude finlandaise a isolé le *binge drinking* comme un facteur de risque indépendant d'accidents vasculaires cérébraux et notamment ischémiques (Sundell , 2008).

3.2.1.3. Les complications comportementales et psychiatriques.

Selon une étude américaine menée par le Dr Miller aux Etats-Unis, **la consommation d'alcool chez les adolescents participe aux trois premières causes de mortalité ente 12 et 20 ans que sont les blessures involontaires, les suicides et les homicides** (Miller, 2007).

Les accidents :

La baisse de la lucidité, de la vigilance, la sensation de fatigue, la désinhibition et les perturbations de la coordination induites par l'intoxication alcoolique aiguë sont à l'origine de multiples accidents et traumatismes. Ainsi, **l'alcool est la deuxième cause d'accidents de la route après les excès de vitesse** : 31 % des accidents mortels et 9,4 % des accidents corporels lui sont imputables[jj]. Ce sont dans 85% des cas des buveurs occasionnels, en particulier des hommes âgés de 15 à 25 ans, qui sont impliqués dans ces accidents. En 2001, parmi les 15-24 ans, on a compté 47 639 blessés et 2 077 décédés par accidents de la route ; ces décès représentent presque le quart de l'ensemble de décès de la circulation, alors que les 15-24 ans ne comptent que pour 13% des la population totale, ce qui signe une **surmortalité accidentelle nette de cette classe d'âge par rapport à la population générale.** Les accidents de la route représentent 42,6% de la mortalité parmi les 15-24 ans (données Prévention routière 1999), les garçons formant presque 80% des tués. (Alvin 2003). La mortalité liée à l'alcool est également très importante dans les accidents domestiques, de loisirs ou de sport, avec quelques 5000 décès chaque année (Coslin, 2006). **Les accidents de la voie publique sont la principale cause de décès des adolescents, et parmi les 15-20 ans,**

[jj] Observatoire national interministériel de sécurité routière. Les grandes données de l'accidentologie. Caractéristiques et causes des accidents de la route. Mai 2004.

un tiers des accidents mortels sont associés à la consommation d'alcool. Les adolescents qui connaissent des épisodes d'alcoolisations massives ponctuelles conduisent plus souvent sans casque, ou en ayant bu, ou sont plus souvent passagers de conducteurs alcoolisés. Aux Etats-Unis, 50% des blessures à la tête des adolescents sont associées à une consommation d'alcool (Alvin, 2003). Dans l'enquête multicentrique concernant spécifiquement les adolescents (Picherot, 2003), des lésions traumatiques secondaires étaient notées dans près de 10% des cas, dont fractures et pneumothorax.

La violence :

L'alcoolisation est en outre **corrélée avec divers passages à l'acte**. Selon P. G. Coslin (Coslin, 2006), « *elle joue ainsi un rôle déterminant dans environ 30 à 60% de la criminalité générale, est impliquée dans 70% des homicides volontaires, 40% des crimes et délits contre enfants et de la violence faite aux femmes, 50% des incendies volontaires et un tiers des coups et blessures entraînant la mort, des crimes et délits sexuels, des actes de vandalisme, des violations de domicile et des outrages aux agents de la Force Publique.* »

Mais l'alcool est également impliqué à l'inverse chez les victimes de violence, notamment chez les adolescents. Dans l'enquête DU Dr Picherot (2003), deux cas de **sévices sexuels** secondaires à l'intoxication alcoolique ont été rapportés sur les 63 questionnaires renseignés exploitables. Une étude brésilienne examinant la relation entre violence communautaire et abus d'alcool chez les adolescents filles et garçons (Moreira, 2008) montre que les adolescents consommateurs rapportent respectivement 1,8 et 2,6 fois plus souvent avoir été victimes de violence sévère (comprenant agression sexuelle, agression au couteau, blessure au cours d'un incident violent, blessure par balle) tandis que l'alcool était associé avec une prévalence respectivement 2,5 et 3,1 fois supérieure à l'exposition à une violence dite modérée (comprenant avoir été présent au domicile lors d'un cambriolage, avoir été interpellé par la police, avoir été menacé de rétorsion physique grave par quelqu'un, avoir été battu ou volé). L'analyse des épisodes d'alcoolisation a mis en évidence que l'exposition à la violence était associée de façon croissante à la prévalence de l'ivresse parmi cette population d'adolescents.

Les comportements à risque :

L'étude du Dr Miller aux Etats-Unis (Miller, 2007) s'est intéressée aux caractéristiques des adolescents « *binge drinkers* » et à leurs conduites à risque associées. La prévalence du *binge drinking* des filles et des garçons était identique et augmentait avec l'âge et le niveau scolaire. **Les élèves *binge drinkers* rapportaient une plus grande implication dans d'autres comportements à risque en terme de santé** comme être passager d'une voiture où le conducteur était alcoolisé, avoir une vie sexuelle active, fumer des cigarettes, être victime de violence dans les relations, faire une tentative de suicide et consommer des drogues illicites. Une association très forte a été retrouvée entre la fréquence du *binge drinking* et la prévalence des autres comportements à risque.

Le *binge drinking* est associé à une plus grande précocité de l'entrée dans une vie sexuelle active et à des changements de partenaires plus fréquents. Une étude suédoise retrouvait que le premier rapport sexuel était sous influence de l'alcool chez le quart des adolescents (Häggström-Nordin 2002). Les alcoolisations massives ponctuelles sont également associées à un plus grand risque de **survenue de grossesses non désirées** chez les adolescentes, des **maladies sexuellement transmissibles**, d'infertilité et de consommation d'alcool au cours de la grossesse avec le risque de conséquences dommageables pour le fœtus. Le risque pour les adolescentes d'être **victimes de relations sexuelles non désirées** est multiplié par trois en cas de binge drinking. Près de 50% des adolescentes ayant rapporté une agression sexuelle avaient consommé de l'alcool ou une autre substance psychotrope auparavant (Champion, 2004).

Les troubles psychiatriques :

Aux Etats-Unis comme en France, **le suicide est dans le trio de tête des causes de mortalité prématurée chez les adolescents et l'alcool est un facteur connu du risque suicidaire à l'adolescence** (Alvin 2003). La relation de causalité est complexe ; l'alcoolisation pouvant être interprétée comme un **symptôme réponse** au mal-être sous-

jacent, comme simple **facilitation du passage à l'acte** ou encore, dans le cas d'une alcoolisation aiguë, comme un **équivalent suicidaire**. Quand il est associé à une comorbidité psychiatrique comme une dépression, des troubles anxieux, des phobies ou des événements de vie stressants, le *binge drinking* augmente le risque de suicide (Stolle, 2009). Les filles en classe de quatrième qui pratiquent le *binge drinking* ont deux fois plus de risque de faire une tentative de suicide que leurs camarades du même âge qui ne consomment pas d'alcool (Windle, 2004). Dans une analyse de l'enquête nationale sur les conduites à risques aux Etats-Unis menée sur des élèves de la classe de troisième à la classe de terminale, le risque de tentative de suicide associé au *binge drinking* était 4,3 fois supérieur par rapport au risque en l'absence de *binge drinking* (Windle, 2004). Le risque de l'association intoxication alcoolique/suicide est élevé chez l'adolescent, pouvant atteindre 42% dans certaines études selon le Dr Picherot (2003).

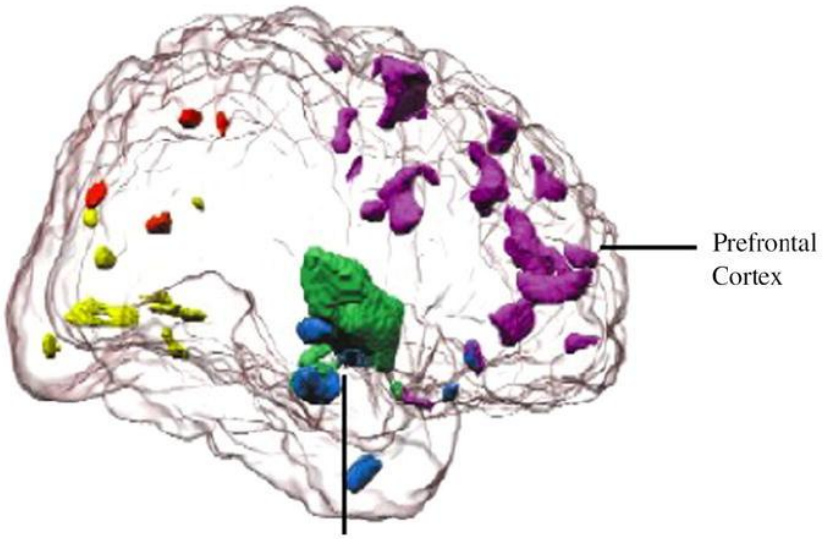
3.2.2. A moyen et long termes.

De nombreux auteurs soulignent les conséquences négatives de la répétition de conduites d'alcoolisations massives sur l'organisme et le psychisme ainsi qu'en termes de performance scolaire et de perspective d'insertion socio-professionnelle.

3.2.2.1. Les dommages neurocognitifs.

L'adolescence est reconnue comme une étape neuro-développementale clé durant laquelle l'efficacité du cerveau est optimisée grâce à des modifications des structures cérébrales. En particulier, on note un développement important de l'activité du cortex préfrontal et de l'hippocampe, une augmentation de volume du système limbique et de la substance grise subcorticale. Se produit également une augmentation de la myélinisation de la substance blanche et un remaniement sélectif des synapses (Zeigler, 2005). Ces processus de

maturation cérébrale, notamment au niveau préfrontal, permet d'améliorer la capacité à résoudre des tâches comme la planification, l'intégration d'information, l'accession à la pensée abstraite, la résolution de problèmes, le jugement et le raisonnement, ainsi que l'acquisition de la capacité à réguler les cognitions, les émotions et le comportement (Clarck, 2008).



Zones du cerveau dans lesquelles se produisent les plus grands changements structuraux du début à la fin de l'adolescence (Sowell, 2004).

Or **cet âge correspond également à celui de l'initiation à la consommation d'alcool, de l'expérimentation du *binge drinking* et au début des usages problématiques de l'alcool** (alcohol use disorders ou AUD). L'alcool est un dépresseur connu du système nerveux central qui interagit avec de nombreux systèmes de neurotransmission (potentialisation des neurotransmetteurs inhibiteurs de type GABA et inhibition des neurotransmetteurs activateurs de type glutamate). Ceci explique son **action dépressive sur les cognitions et les aptitudes motrices.** Parallèlement, la consommation d'alcool induit une activation cérébrale dans certaines régions du cerveau. Il favorise la **libération d'endorphines**, à l'origine d'une brève sensation d'euphorie, et stimule l'activation du système dopaminergique impliqué dans le **circuit de récompense** impliqué notamment dans les processus addictifs. Sa **neurotoxicité** est connue et provoque des lésions cérébrales, dans le thalamus, le cortex pré-frontal et le cervelet, ainsi que des **déficiences cognitives, en altérant les capacités d'apprentissage et de mémorisation**. Or ces structures sont en pleine

maturation pendant l'adolescence. De plus, la succession d'épisodes d'alcoolisation massive alternant avec des périodes d'abstinence peut déclencher un cycle de réactions qui entraîne une augmentation de la neurotoxicité et des déficiences cognitives.

Dans une récente revue de la littérature par Squeglia et al. (Squeglia, 2009), il est avancé que « *des **anomalies** ont été constatées concernant le volume de la structure cérébrale, la constitution de la substance blanche et l'activation de tâches cognitives **même chez des jeunes n'ayant pratiqué les alcoolisations ponctuelles massives que pendant un ou deux ans et pour des niveaux de consommations correspondant à 20 verres par mois, surtout si étaient absorbés plus de 4-5 verres par épisode d'alcoolisation.*** » Des chercheurs nord-américains (De Bellis, 2005) ont mis en évidence en 2005 des différences entre groupe témoin et groupe de sujets présentant un début des consommations problématiques d'alcool dès l'adolescence et une comorbidité psychiatrique suggérant qu'un cortex préfontal plus petit est corrélé avec un début des consommations précoces chez les sujets présentant des comorbidités psychiatriques. Restait à savoir si ce moindre volume cortical était un facteur de vulnérabilité ou une conséquence d'un début d'alcoolisation précoce. C'est ce qu'a fait une autre équipe américaine (Medina, 2008) en 2008, démontrant que **l'usage d'alcool au cours de l'adolescence était associé à des anomalies du volume préfrontal, incluant des modifications de la substance blanche,** en l'absence de comorbidité psychiatrique. Par ailleurs, de nettes différences entre les sexes ont été retrouvées en termes d'altérations morphométriques. Ces chercheurs avançaient alors l'hypothèse que le sexe pouvait modifier l'impact de la consommation d'alcool à l'adolescence sur le développement du cortex préfrontal, ce qui impliquerait la nécessité de suivre séparément les conséquences à long terme des alcoolisations massives chez les filles et les garçons dans des études longitudinales. Cette hypothèse rejoint les observations réalisées récemment par une équipe californienne (McQueeny, 2009) s'intéressant aux adolescents *binge drinkers*. Ces chercheurs ont mis en évidence chez ces sujets une réduction étendue de la FA (fractionnal anisotropy, qui correspond à une mesure de la cohérence structurale de la substance blanche) dans les principales zones de substance blanche. Bien que nécessitant confirmation, ces premiers résultats suggèrent donc que **l'exposition intermittente à de grandes quantités d'alcool pendant l'adolescence peut compromettre la cohérence structurale de la substance blanche** (Figures 1 et 2).

Fig. 1. Clusters (darkened areas) overlaid on average fractional anisotropy mask highlight where binge drinking adolescents had lower fractional anisotropy than controls (clusters ‡27 contiguous voxels each at $p < 0.01$). In no cluster did drinkers have higher fractional anisotropy than controls.

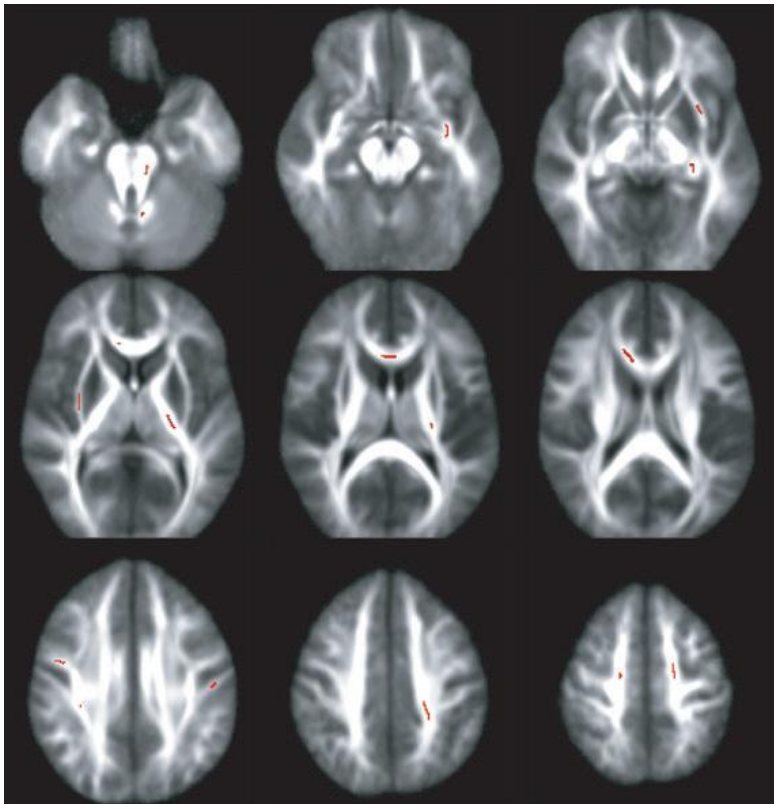
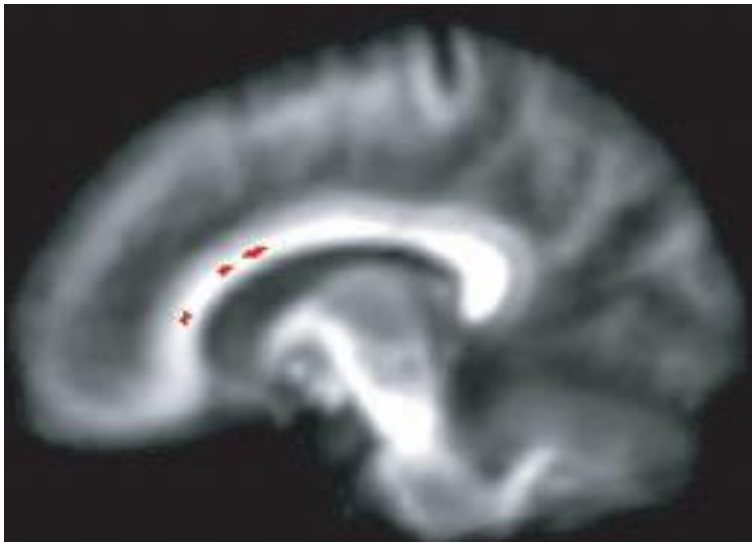


Fig. 2. (A) Clusters (darkened area along callosal fibers) indicate where lower fractional anisotropy was significantly linked to more hangover symptoms in the body and genu of the corpus callosum ($r =)0.71$, $p < 0.005$).

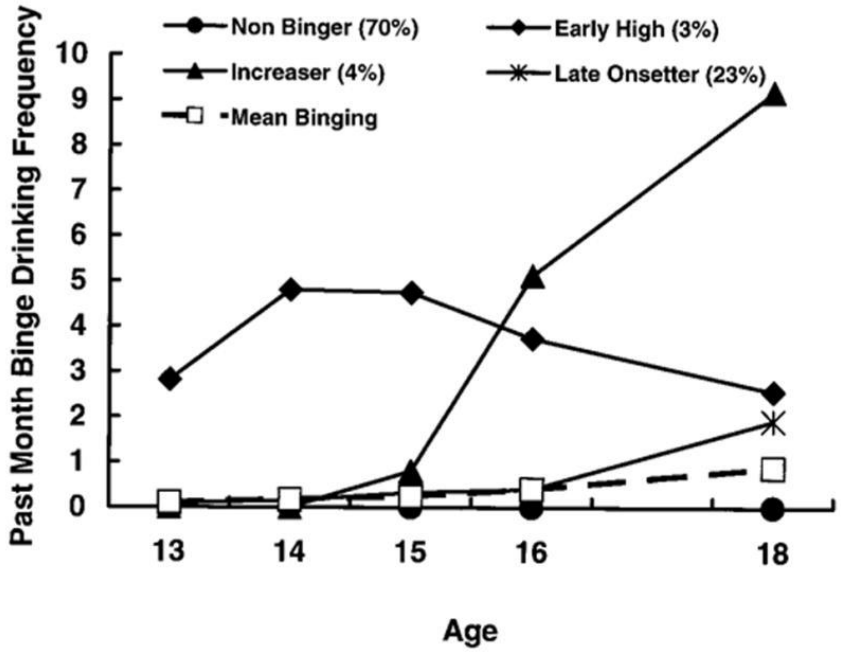


Un axe proche de recherche s'intéresse aux **conséquences neurocognitives de la consommation d'alcool à l'adolescence.** Les résultats sur ce sujet s'orientent vers la confirmation que les adolescents consommateurs d'alcool ont un risque accru de neurodégénérescence, de détérioration de l'activité cérébrale et d'apparition de déficiences neurocognitives (Zeigler, 2005). Une équipe espagnole dirigée par Garcia-Moreno (2008), s'est intéressée aux conséquences neurocognitives imputables **spécifiquement au *binge drinking***. Les résultats de leurs recherches indiquaient que **cette pratique par des adultes jeunes entraîne une diminution des performances aux tests neuropsychologiques** (Digits, Corsi, Stroop) sollicitant un fonctionnement correct du cortex préfrontal. Ces résultats confortent l'équipe dans l'hypothèse que ce profil de consommation entraîne des altérations neurologiques qui rappellent sous bien des aspects celles générées par la consommation chronique d'alcool. Deux autres études, celle de Moss en 1994 et celle de Brown en 2000, retrouvent le même genre de résultats sur des populations adolescentes (moyennes d'âge autour de 15 ans). Les scores de QI, les performances aux tests de lecture, le traitement des informations verbales et non verbales, le fonctionnement visuospatial étaient significativement inférieurs chez les adolescents ayant un usage abusif ou une dépendance à l'alcool.

Ces différents résultats semblent venir confirmer les uns après les autres que **les alcoolisations massives ponctuelles répétées, même sur une courte période de la vie, ne sont pas sans incidence sur le développement neuro-cognitif ultérieur.**

3.2.2.2. La dépendance à l'alcool.

Une équipe de l'université de Seattle dirigée par Hill s'est intéressée au devenir des *binge drinkers* adolescents (à partir de 10 ans) une fois parvenus à l'âge adulte (21ans) (Hill, 2000). Ces chercheurs ont distingué **quatre catégories différentes de *binge drinkers*** selon l'évolution de leurs consommations dans le temps (figure 1).



Les non-pratiquants du *binge drinking* à l'adolescence comme à l'âge adulte sont largement majoritaires (70%). Ceux qui débutent d'emblée à hauts niveaux le *binge drinking* sont une petite minorité (3%) ; il semble qu'après un pic vers 14-15 ans, leur pratique devienne moins intense, et bien qu'encore deux fois supérieure à la moyenne à 18 ans, elle a quasiment disparu à 21 ans. La troisième catégorie regroupe ceux qui débutent plus tardivement (à partir de 16 ans) des conduites de *binge drinking*. Ils sont près d'un quart des adolescents dans ce groupe (23%) et la fréquence de leur consommation reste à un niveau relativement faible même si elle double entre 16 et 18 ans. **La dernière catégorie concerne un groupe très minoritaire (3%) qui va développer rapidement une pratique intensive de *binge drinking* puisqu'il va multiplier par 10 la fréquence de consommation entre 15 et 18 ans !**

L'étude d'une autre équipe de Seattle dirigée par McCarty a montré en 2004 (McCarty, 2004) que la consommation abusive d'alcool pendant l'adolescence (17-20 ans) était corrélée de façon significative à une consommation abusive dix ans plus tard (30-31 ans) chez les hommes : 14% avaient poursuivi ces consommations nocives contre seulement 4% de « nouveaux consommateurs abusifs » qui n'étaient pas dans ces pratiques à l'adolescence. De même, le *binge drinking* au cours de l'adolescence était associé au *binge drinking* à l'âge de 30-31 ans chez les hommes comme chez les femmes, avec respectivement un risque relatif de 2,3 et 3,0. Ces auteurs concluaient donc au fait qu'**un usage nocif de l'alcool à l'adolescence était significativement associé à un usage nocif à l'âge adulte.**

Une étude allemande menée par l'équipe de Behrendt (2008) s'est récemment penchée sur les liens entre un début des consommations à l'adolescence, la vitesse d'apparition des premiers signes de dépendance et le risque de développer une dépendance constituée. Les premiers signes retrouvés de l'installation dans une dépendance étaient la tolérance au produit et le fait de consacrer plus de temps à la conduite. 5 à 30% de ces premiers symptômes apparaissaient dans l'année qui suivait les premières alcoolisations. L'augmentation de la tolérance et la perte de contrôle étaient associées au développement de la dépendance. Ainsi, cette étude montrait que **le tout début de l'installation dans la dépendance pouvait survenir très rapidement après les premières consommations d'alcool.**

L'équipe de Bonomo (2004) s'est intéressée quant à elle à l'installation dans la dépendance alcoolique en suivant une cohorte de sujets de l'âge de 14-15 ans à l'âge de 20-21 ans. Ces chercheurs ont trouvé que la dépendance à l'alcool (à partir de trois consommations par semaines) était précédée par des taux plus élevés pendant l'adolescence de consommations fréquentes (RR multiplié par 8,1), de *binge drinking* (RR multiplié par 6,7), et de blessures liées à l'alcoolisation (RR multiplié par 4,5). Ils ont donc conclu que les profils de consommation d'alcool à l'adolescence, en particulier **les consommations fréquentes et/ou massives, étaient prédictifs d'une alcolodépendance à l'âge adulte.**

La répétition d'épisodes de consommation excessive d'alcool augmente significativement le risque de développer des troubles en lien avec l'alcool (Stolle, 2009) comme un usage abusif ou une alcoolo-dépendance, avec de lourdes conséquences biopsychosociales. **Commencer à boire de façon précoce et boire souvent sont deux**

modalités particulières de ce risque, en association avec les déterminants génétiques et sociaux.

3.2.2.3. Les troubles psychiatriques.

Le *binge drinking* est associé à la consommation d'autres produits psychoactifs. En effet, de nombreuses recherches ont établi que la consommation d'alcool à l'adolescence se produisait fréquemment en association avec la consommation de tabac (Windle, 2003). De plus **les adolescents ayant déjà consommé de l'alcool sont plus susceptibles que les autres de consommer du cannabis (Young, 2002), (Wilson, 2005) ou d'autres drogues illicites (Sakai, 2004).**

De même, **l'association entre *binge drinking* et troubles du comportement alimentaire est souvent relevée, notamment chez les filles boulimiques**. Une étude californienne réalisée en 2009 (Khaylis, 2009) suggère que le *binge drinking* est très fréquent chez les femmes qui sont à haut risque de développer des troubles du comportement alimentaire. Leurs résultats indiquent également que le *binge drinking* était associé à des profils ayant tendance à faire des régimes.

L'alcool est souvent présent dans l'histoire des sujets souffrant de pathologies psychiatriques. Consommé de façon chronique, il est incriminé dans la pérennisation et l'aggravation des troubles anxieux et dépressifs, ainsi que dans la dégradation de la qualité du sommeil. Des chercheurs anglais (Paljärvi, 2009) ont étudié les relations entre *binge drinking* et dépression. Leurs résultats mettaient en évidence une **corrélation positive entre le *binge drinking* et le développement de symptômes dépressifs cinq ans plus tard**. Ils en ont conclu que cette pratique contribuait de façon indépendante à la survenue d'une symptomatologie dépressive dans la population générale. Une autre équipe anglaise a étudié l'influence du *binge drinking* sur la pérennisation de pathologies psychiatriques de type troubles anxieux ou troubles dépressifs (Haynes, 2008). Leurs résultats les amenaient à proposer le *binge drinking* comme un facteur de risque potentiel de non-guérison de ces troubles bien que la faible robustesse des résultats nécessitait une confirmation par d'autres études. Concernant le suicide et le rôle potentiel du *binge drinking* chez les adolescents, plusieurs études s'y sont intéressées. Celle de Windle en 2004 retrouvait par exemple que

plusieurs facteurs indirects (un tempérament difficile, des motivations à boire « autothérapeutiques », un faible support familial, une proportion élevée d'amis consommateurs d'alcool) prédisaient de façon significative des facteurs intermédiaires (la dépression, les événements de vie stressants, le *binge drinking*) qui, à leur tour, étaient prédictifs de comportements suicidaires. **Le *binge drinking* prédisait de façon significative les tentatives de suicide, à travers et par delà l'influence de la dépression et des évènements de vie stressants.**

Des chercheurs américains ont voulu étudier l'influence du binge drinking sur la qualité de vie perçue (Okoro, 2004). Ils ont trouvé que **le *binge drinking* fréquent (plus de deux épisodes sur les trente derniers jours) était significativement associé à une moins bonne qualité de vie et à une détresse psychologique, incluant le stress, la dépression et les problèmes émotionnels.**

Une équipe norvégienne a voulu enquêter sur l'association entre les problèmes de santé mentale et les alcoolisations aiguës chez les adolescents entre 13 et 19 ans (Strandheim, 2009) Parmi leurs résultats, **les filles présentant des symptômes anxieux et dépressifs rapportaient plus d'alcoolisations aiguës.**

3.2.2.4. La désinsertion socio-scolaire.

Les troubles mnésiques, la fatigue en lien avec les perturbations du sommeil, la baisse des capacités attentionnelles, la difficulté à se concentrer sur le traitement des informations sont de nature à **altérer les capacités d'apprentissage et donc les performances scolaires**.

La fréquence du *binge drinking* est un facteur de risque de difficultés sociales en lien avec l'alcool comme des conflits familiaux répétés, des ruptures avec des conjoints ou des amis, des rixes ou des blessures (Kraus, 2009). Les difficultés comportementales et émotionnelles sont plus nombreuses chez ceux qui ont connu de fortes consommations d'alcool à l'adolescence (Steinhausen, 2008).

A plus long terme, et sans doute en rapport avec les facteurs psycho-comportementaux associés au *binge drinking* (alcoolo-dépendance, troubles des conduites, comportements à risque ou antisocial…), **le pronostic en terme d'insertion socioprofessionnelle est moins**

bon pour les sujets ayant pratiqué le *binge drinking* durant leur adolescence. Ainsi une importante étude anglaise dirigée par Viner (2007) a retrouvé chez les personnes ayant déclaré une pratique de *binge drinking* à 16 ans un plus grand risque à l'âge adulte d'alcoolo-dépendance (RR 1,6), de consommation régulière excessive d'alcool (RR 1,7), d'usage de drogues illicites (RR 1,4), de pathologies psychiatriques (RR 1,4), d'être sans domicile fixe (RR 1,6), de problèmes avec la justice (RR 1,9), d'exclusion scolaire (RR 3,9), de manque de qualifications (RR 1,3), d'accidents (RR 1,4) et d'appartenir à une moins bonne classe sociale. Le *binge drinking* est donc un comportement à risque de difficultés ultérieures significatives et d'exclusion sociale en contribuant au développement d'inégalités sanitaires et sociales au moment du passage de l'adolescence à l'âge adulte.

3.3. Les risques d'une alcoolisation précoce.

3.3.1. Le risque traumatique.

Plusieurs enquêtes ont mis en évidence une **corrélation significative entre l'âge d'initiation à l'alcool et le risque de conduire alcoolisé ou de se mettre lors d'une alcoolisation en position d'être potentiellement blessé** (Hingson, 2009), (Rothman, 2008). Hingson retrouve que les sujets qui consomment de l'alcool le plus précocement ont plus de risques de se trouver blessés ou de blesser involontairement quelqu'un d'autre sous l'influence de l'alcool. Poursuivant ses recherches, il s'est ensuite intéressé à la relation entre l'âge de début des alcoolisations et les risques traumatiques en dehors des épisodes d'alcoolisation (Hingson, 2009). Les résultats de son étude indiquaient clairement que plus l'âge d'initiation à l'alcool était précoce, plus les risques d'être blessé accidentellement ou de subir un accident de la voie publique lors d'un épisode d'alcoolisation mais pas en dehors de ces moments (respectivement RR 4,6 et 6,3 avant l'âge de 14 ans versus après l'âge de 21 ans).

3.3.2. Le risque de violences.

La même étude de Hingson (2009) retrouvait un **risque accru d'être impliqué dans une rixe au cours d'une alcoolisation chez les sujet ayant débuté l'alcool précocement** (RR multiplié par 6 pour les sujets ayant commencé à boire avant l'âge de 14 ans comparativement aux sujets n'ayant pas commencé avant 21 ans). Cette corrélation positive entre alcoolisation précoce et violence physique ressortait aussi dans cette étude en dehors des moments d'alcoolisation aiguë.

Ces résultats sont confirmés par une enquête américaine conduite par Swahn en 2004 auprès de collégiens d'un quartier « à haut risque » (Swahn, 2008). Son équipe retrouvait une corrélation forte entre un début précoce des alcoolisations (avant l'âge de 10 ans) et des événements violents, subis ou perpétrés, comme des violences avec les pairs d'âges ou au sein d'une relation amoureuse. Ainsi, parmi les adolescents ayant rapporté une initiation à l'alcool avant l'âge de 13 ans (35% des élèves interrogés), les adolescents ayant déjà consommé avant l'âge de 10 ans rapportaient une implication dans significativement plus de comportements violents (en moyenne 2, 8 incidents violents) en comparaison des leurs camarades non consommateurs d'alcool (en moyenne 1,8 incidents violents). Ces résultats tenaient compte du contrôle des données sociodémographiques et des autres facteurs associés potentiels (pratique du binge drinking, consommation d'autres produits psychoactifs, relations avec des pairs d'âge consommateurs d'alcool, dépression et impulsivité).

Il semble donc possible d'affirmer que la précocité de l'initiation à l'alcool est associée à un vécu de violence plus important. La question de la nature exacte de cette association reste à préciser, notamment s'il s'agit d'une relation de causalité ou s'il existe des facteurs sous-jacents à l'origine de ces deux comportements.

3.3.3. Le risque suicidaire.

Mais les risques d'accident ou de violence ne sont pas les seuls en jeu. Lorsque les idées noires se font insistantes sous l'influence de l'alcool, le suicide est à craindre. L'enquête Youth Violence Survey réalisée aux Etats-Unis en 2004 s'intéressait également aux

comportements suicidaires des collégiens et aux liens éventuels entre ces comportements et l'âge d'initiation à l'alcool. Les comportements suicidaires incluaient les idéations suicidaires et les tentatives de suicides, abouties ou non. Shawn, dans l'analyse des données extraites de cette enquête (Swahn, 2008), retrouve encore une fois, et quelque soit le modèle de régression logistique, même celui excluant l'influence d'un maximum de cofacteurs (caractéristiques sociodémographiques, pratique du *binge drinking,* consommation d'autres substances, pairs consommateurs d'alcool ou inscrits dans des conduites délinquantes, dépression, impulsivité, encadrement parental), une **association significative entre une initiation à l'alcool avant l'âge de 10 ans et des comportements suicidaires**, qu'il s'agisse d'idéations ou de passages à l'acte. La prévalence de ces comportements est bien plus marquée chez ces collégiens que chez leur pairs non consommateurs. Ces résultats suggèrent selon l'auteur que la consommation d'alcool précoce est un facteur de risque important de violence dirigée contre soi, par soi-même ou par l'autre dans une relation amoureuse, indépendamment de l'influence parentale ou des pairs et vient appuyer les conclusions de recherches antérieures (Borowsky, 2001). Les résultats de l'enquête de 2004 ont d'ailleurs été consolidés pour les deux sexes par ceux de la même enquête réalisée en 2005 (Swahn, 2007). **En France, avec près de 650 morts par an, le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans, représentant 16% de la mortalité de cette tranche d'âge.** Quant au nombre de tentatives de suicide de jeunes, on l'estime entre 40 000 et 50 000 par an. Si tous les suicides d'adolescents ne surviennent pas à la suite d'une alcoolisation, l'expérience montre que 80% des adolescents suicidaires se signalent d'abord par des conduites à risque avant d'envisager consciemment d'en finir (Pommereau 2001).

Dans le modèle développemental ou transactionnel des comportements suicidaires à l'adolescence, de multiples facteurs peuvent contribuer à l'émergence d'idéations ou de passages à l'acte suicidaires. L'association entre le mésusage d'alcool et les comportements suicidaires peuvent être examinés selon deux perspectives. Tout d'abord, le mésusage de l'alcool peut être considéré comme un facteur précurseur ou prédisposant agissant comme un facteur intermédiaire du comportement suicidaire ; ou alors, il peut être envisagé en tant que facteur précipitant ce comportement (Brady, 2006). Dans la première hypothèse, le mésusage d'alcool peut être considéré comme **prédisposant en raison de sa comorbidité avec d'autres facteurs comme la dépression par exemple** (peut-être par l'effet dépressogène de l'alcool). De plus, le mésusage d'alcool et les comportements suicidaires peuvent potentiellement comporter le **même soubassement de prédisposition génétique**. L'autre

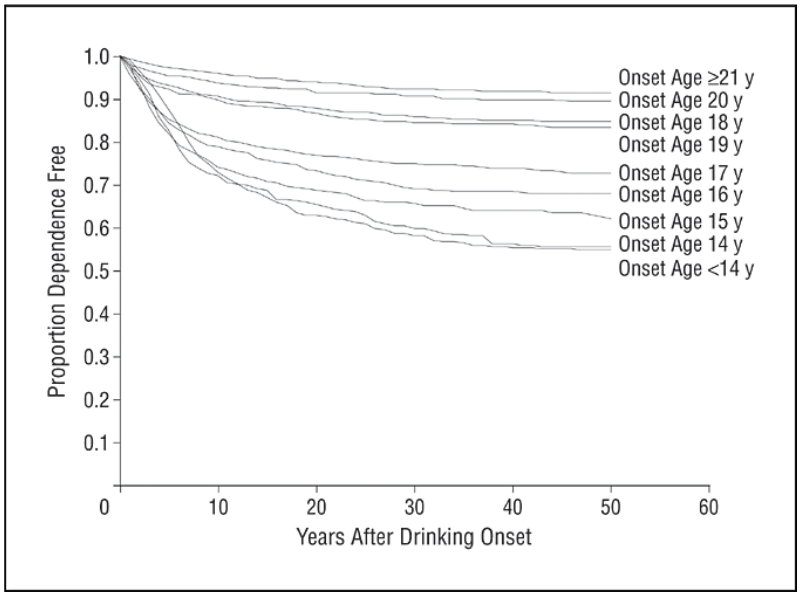
façon de regarder cette association est d'envisager le mésusage d'alcool comme un **facteur précipitant.** Les effets de l'alcoolisation aiguë peuvent entraîner une détresse psychique, un rétrécissement de la pensée, une détérioration de la capacité à résoudre des problèmes, une agressivité et une impulsivité accrue propres à faciliter le passage à l'acte suicidaire. **Quoiqu'il en soit, il semble que la consommation d'alcool dès la fin de l'enfance semble affecter négativement la socialisation, la confiance en soi et la capacité à se contrôler, qui sont des facteurs protecteurs vis-à-vis tentatives de suicides graves.**

3.3.4. Le risque pour la santé psychique.

Peu d'études se sont spécifiquement intéressées aux conséquences psychologiques d'un début des alcoolisations à un âge précoce. Récemment cependant, une équipe taïwanaise dirigée par Chen s'est demandé si les difficultés émotionnelles ou comportementales que les adolescents peuvent fréquemment rencontrer pouvaient varier selon l'existence ou non d'alcoolisations juvéniles dans leur parcours. L'échantillon utilisé est issu de l'Enquête Nationale sur la Consommation de Drogues Illicites parmi les Adolescents Taïwanais réalisée en 2004 (Chen, 2008). Dans les quatre groupes de jeunes entre 15 et 18 ans distingués (les « naïfs » n'ayant jamais consommé, les « testeurs » n'ayant consommé qu'en une unique occasion, les « repentis » ayant déjà consommé dans le passé mais plus au cours des six derniers mois et enfin les « actuels », déclarant une consommation active au moment de l'enquête), étaient recherchés huit syndromes : le syndrome de manque, le syndrome anxieux/dépressif, les plaintes somatiques, les problèmes sociaux, la difficulté à penser, la difficulté à se concentrer, les conduites transgressives et les comportements agressifs. Les résultats retrouvaient un risque accru d'expérimenter plusieurs troubles émotionnels ou comportementaux spécifiques chez les sujets jeunes consommateurs que chez leurs camarades non consommateurs. Ces résultats restent à confirmer par d'autres études et la nature de la corrélation est à explorer.

3.3.5. Les risques de consommation problématique d'alcool à l'âge adulte.

Au contraire des recherches ayant trait de façon spécifique au risque psychique, les études s'intéressant au risque d'entrée dans un mésusage de l'alcool sont légions. Toutes s'accordent à reconnaître **l'initiation précoce à des conduites d'alcoolisation comme un facteur de risque très important d'engagement dans l'alcoolo-dépendance ou dans des consommations à risque.** Grant et al. (Grant, 1997) avançaient déjà il y a bientôt vingt ans qu'un jeune débutant sa consommation d'alcool avant l'âge de 15 ans avait quatre fois plus de risques de développer une dépendance à l'alcool qu'un autre s'abstenant jusqu'à l'âge de 20 ans.



Rothman aux Etats-Unis beaucoup plus récemment (Rothman, 2008) retrouve aussi que les consommateurs précoces rapportent plus souvent des alcoolisations fréquentes, des alcoolisations massives et d'autres usages nocifs de l'alcool que les consommateurs tardifs. Au-delà de la possible susceptibilité génétique, Buchmann en Allemagne (Buchmann, 2009) identifie l'initiation précoce à l'alcool comme un facteur prédictif indépendant de consommations à l'âge adulte importantes. Ces résultats sont confortés par ceux de Dawson aux Etats-Unis (Dawson, 2008). Dans leur étude, la dépendance était plus fréquemment

retrouvée chez les sujets ayant débuté leur consommation d'alcool avant l'âge de 15 ans, voire 17 ans pour les filles. Les usages abusifs sont également plus fréquents chez les consommateurs initiés avant l'âge de 17 ans. Les critères de dépendance les plus fortement corrélés à l'âge de l'initiation étaient les consommations dangereuses et la poursuite des alcoolisations malgré leur implication dans des problèmes interpersonnels. Au Brésil, cette hypothèse est confirmée par l'équipe de Vieira (Vieira, 2007). Parmi les sujets de leur étude, élèves de la sixième à la terminale, ceux qui avaient commencé à consommer de l'alcool avant l'âge de 10 ans consommaient plus de verres par occasion et avaient connu plus d'épisodes d'ivresse au cours des trente derniers jours.

Behrendt (2009) a mis en évidence que **l'âge de début des consommations de substances, y compris l'alcool, influait sur la vitesse d'entrée dans la dépendance, les consommateurs précoces sont plus à risque d'entrer dans la dépendance**, et ce d'autant plus vite qu'ils sont plus jeunes et qu'ils sont polyconsommateurs.

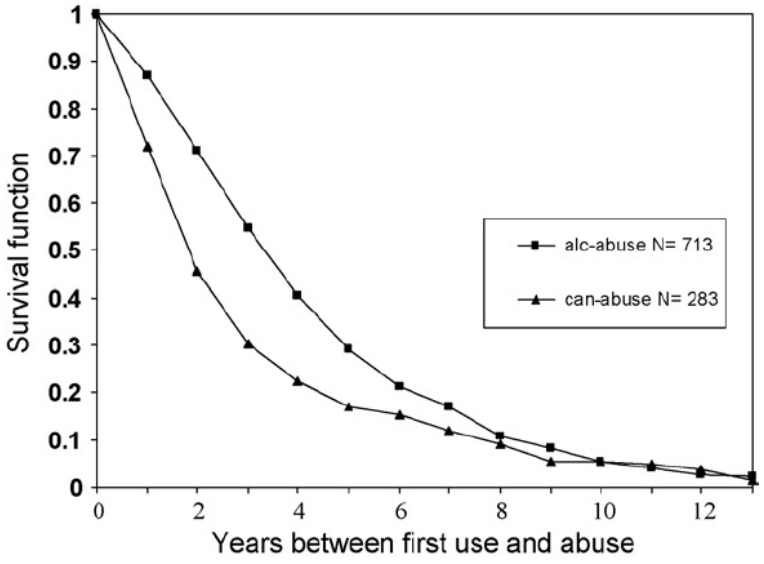


Fig 1. Duration of transition from first SU to abuse.

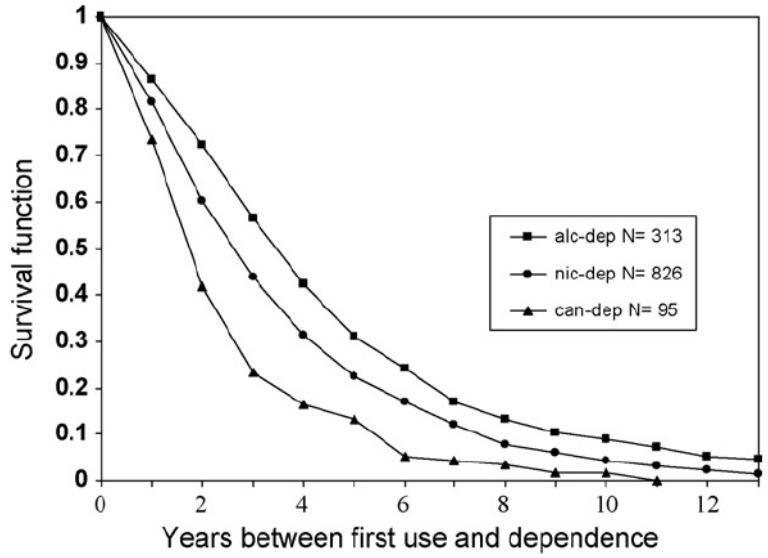


Fig. 2. Duration of transition from first SU to dependence.

Le parcours addictif est également plus lourd pour les sujets qui sont entrés jeunes dans l'alcoolo-dépendance. Une autre étude de Hingson (2006), parue en 2006, a mis en évidence que ces sujets sont en nombre non négligeable : 15% des sujets se déclarant dépendants de l'alcool l'étaient avant l'âge de 18 ans, 47% avant l'âge de 21 ans et deux tiers avant l'âge de 25 ans (critères de dépendance établis à partir du DSM IV). Parmi ces sujets dépendants, les analyses statistiques ont établi que ceux qui l'étaient avant l'âge de 25 ans avaient des taux significativement supérieurs de rechutes, de rechutes supérieures à une année, et présentaient un plus grand nombre de symptômes de dépendance. Par ailleurs, cette équipe retrouvait que la précocité d'entrée dans la dépendance n'était pas un facteur favorisant la demande de soins, au contraire.

Une étude américaine dirigée par Grucza (2008) s'est intéressée spécifiquement à l'évolution de l'alcoolo-dépendance des femmes au cours des dernières décennies. Bien que l'âge de début des consommations d'alcool ait tendance à diminuer au cours du XXème siècle pour les deux sexes, celui des femmes diminue deux fois plus (- 3,2 ans) que celui des hommes (- 1,6 ans). Dans son étude, l'équipe de Grucza concluait que **la diminution de l'âge de début de leurs alcoolisations contribuait de façon importante à l'augmentation de la prévalence de l'alcoolo-dépendance des femmes sur la vie entière.**

3.4. Conclusion : du risque au repérage.

La confrontation des dernières enquêtes épidémiologiques aux récentes recherches, de la neurobiologie à l'addictologie en passant par les sciences sociales nous amènent à la constatation suivante :

Les adolescents boivent certes quantitativement moins que leurs aînés ou qu'au siècle précédent mais ils commencent plus jeunes et sur un mode plus ponctuel et massif, à l'origine de plus d'ivresses. Or ces deux facteurs – précocité d'initiation et intoxication alcoolique aiguë, semblent beaucoup plus délétères, à court comme à moyen terme. Les dégâts de l'alcool sur un cerveau en pleine maturation sont considérables et sont source de désordres psycho-comportementaux immédiats parfois lourds de conséquences, et laissent une empreinte qui peut faire le lit de la dépendance.

Cependant, l'expérimentation de l'alcool voire de l'ivresse constituant quasiment un passage obligé à l'adolescence dans notre culture, il ne s'agit pas de stigmatiser toutes les conduites d'alcoolisation au risque de faire feu de toute ivresse et de délivrer un discours inopérant car non crédible. En effet, la majorité des adolescents va bien et traverse la tempête pubertaire pour arriver à bon port jusqu'à l'âge adulte. Mais il s'agit néanmoins pour ceux qui s'intéressent à l'adolescence de repérer les balises de détresses de la minorité de bateaux ivres en perdition.

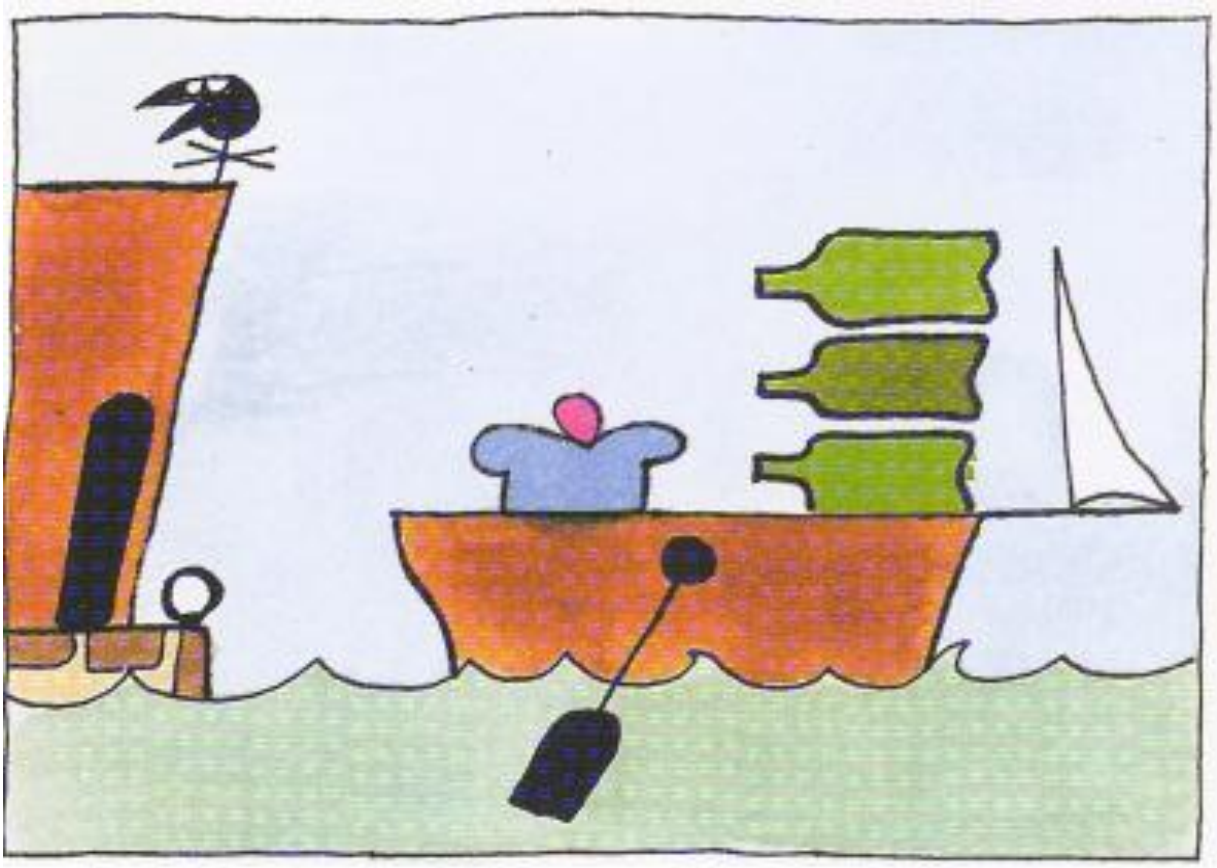


Figure 1 Le "bateau ivre" version Shadocks

Les parcours des adolescents d'aujourd'hui s'inscrivent dans une société dont les mutations profondes voire radicales ne sont pas sans incidence sur l'organisation de leur environnement et par là, sur leur structuration psychique. Le rôle du pédopsychiatre face aux jeunes dont la consommation d'alcool a nécessité une intervention médicale lourde (admission aux urgences pédiatriques) est d'identifier les contextes psychopathologiques dans lesquels s'inscrivent ces conduites et tenter d'y proposer un sens dans la trajectoire de ces sujets en construction. Connaître les facteurs de vulnérabilité et repérer les modalités de consommation à risque est le rôle de tout médecin d'adolescent, notamment du pédiatre urgentiste, souvent en première ligne face à ces jeunes. Au-delà de sa mission propre de pédiatre, il conditionne de façon décisive la rencontre de l'adolescent avec le pédopsychiatre et, par là, l'évaluation et l'orientation de chaque situation singulière.

DEUXIEME PARTIE :

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE

- INTEGRER LA DIMENSION SOCIETALE DES CONDUITES AGIES DE L'ADOLESCENT

- EVALUER LES CONTEXTES PSYCHOPATHOLOGIQUES DANS LESQUELLES S'INSCRIVENT CES CONDUITES

- CONTRIBUER A EN FAIRE UNE EXPERIENCE SIGNIFIANTE DANS LE CADRE D'UNE INTERVENTION NECESSAIREMENT PLURIDISCIPLINAIRE

1. ADOLESCENCE ET SOCIETE : INTEGRER LA DIMENSION SOCIETALE DES CONDUITES AGIES DE L'ADOLESCENT.

« Un bébé tout seul, ça n'existe pas » affirmait en substance D. Winnicott, mettant par là en exergue l'importance capitale de l'environnement en général et de l'intersubjectivité en particulier, pour le bon développement du bébé humain. Considérant avec M. Amar qu' « un adolescent est un bébé géant », nous estimons avec d'autres (D. Marcelli, P. Duverger) qu' « un adolescent tout seul », ça n'existe pas non plus. D'où l'importance à nos yeux de nous arrêter un instant sur l'environnement de cet adolescent, c'est-à-dire sur la société dans laquelle il vit et sur la famille au sein de laquelle il grandit. Qu'appelle-t-on la société hypermoderne et en quoi diffère-t-elle des modèles sociétaux antérieurs ? Qui sont ces « nouvelles familles » et qu'est-ce qui fait leur nouveauté ? En quoi ces mutations sociétales et familiales influent-elles la construction psychique des adolescents ? Est-ce que le recours à la pensée et à l'agir ont toujours les même ressorts ou ceux-ci ont-ils évolué ? Aborder ces questionnements avant d'interroger le sens des actuelles conduites adolescentes en matière d'alcool nous semble donc un préalable indispensable.

1.1. La société postmoderne ou l'avènement de l'individu souverain.

Le modèle disciplinaire de gestion des conduites, les règles d'autorité et de conformité aux interdits qui assignaient aux classes sociales comme aux deux sexes un destin ont cédé au tournant des années 60. **La nouvelle normativité qui incite désormais chacun à l'initiative individuelle en l'enjoignant à devenir lui-même et signe par là l'avènement de la société contemporaine dite post ou hypermoderne** et analysée notamment par le sociologue A. Ehrenberg. Troisième volet d'une décennie de recherches s'attachant à dessiner les figures de l'individu contemporain, *La fatigue d'être soi* (Ehrenberg, 1998) analyse les conséquences de cette nouvelle normativité à savoir que **la responsabilité entière de nos vies se loge non seulement désormais en chacun de nous, mais également dans un entre nous collectif désinstitutionnalisé. Qu'appelle-t-on postmodernité ? Que signifie devenir soi ?**

1.1.1. Les changements de la normativité à l'origine de la société contemporaine.

Les années soixante ont ébranlé préjugés, traditions, entraves, bornes qui structuraient la vie de chacun. Les débats politiques, les bouleversements juridiques provoqués par ces changements sont les signes apparents d'un séisme profond. Nous sommes émancipés au sens propre du terme : l'idéal politique moderne issu des Lumières, qui fait de l'homme le propriétaire de lui-même et non le sujet docile du Prince, s'est étendu à tous les aspects de l'existence. L'individu souverain, qui n'est semblable qu'à lui-même, dont Nietzsche annonçait la venue, est désormais une forme commune de vie. « Le fruit le plus mûr de l'arbre est l'*individu souverain*, l'individu qui n'est semblable qu'à lui-même » (Nietzsche, 1887).

C'est à ce point précis que l'on se méprend d'ordinaire à propos de l'individu selon le sociologue A. Ehrenberg : « *D'aucuns se contentent un peu légèrement de se lamenter sur la trop fameuse perte des repères de l'homme moderne, l'affaiblissement consécutif du lien social, la privatisation de l'existence qui en serait la cause, et le déclin de la vie publique la conséquence. Ces stéréotypes nous ramènent à des pleurnicheries sur le bon vieux temps. Illusions rétrospectives ! N'avons-nous rien gagné à cette liberté nouvelle ? Nous sommes bien plus confrontés à la confusion entre repères multiples qu'à leur perte. L'offre accrue de repères n'est-elle d'ailleurs pas une condition sans laquelle cette liberté ne pourrait simplement pas exister ?* ***Plutôt qu'à un déclin du public, nous avons à faire aux transformations des références politiques et des modes d'actions publiques qui se cherchent dans le contexte de l'individualisme de masse*** *et de l'ouverture des sociétés nationales. Voulons-nous retourner dans l'étouffoir disciplinaire ? Plus encore, comment ferions-nous ?* ***Cette souveraineté nouvelle ne nous rend pas tout-puissants ou libres de faire ce qui nous convient, elle ne signe pas le règne de l'homme privé***. » C'est là l'illusion individualiste même qui ne veut pas selon C. Lefort « *convenir que l'individu se dérobe à lui-même en se rapportant à lui-même, qu'il est aux prises avec son inconnu(e)* » (Lefort, 1986).

Deux modifications fondamentales, portant sur la place de la *loi* et celle de la *discipline* accompagnent cette souveraineté. Le séisme de l'émancipation a d'abord bouleversé collectivement l'intimité même de chacun : la modernité démocratique, c'est sa grandeur, a progressivement fait de nous **des hommes sans guide**, nous a peu a peu placés dans la situation d'avoir à juger par nous-mêmes et à **construire nos propres repères**. Pour A. Ehrenberg : « *Nous sommes devenus de purs individus, au sens où aucune loi morale ni*

aucune tradition ne nous indique du dehors qui nous devons être et comment nous devons nous conduire. De ce point de vue, ***le partage permis-défendu, qui normait l'individualité jusqu'aux années 1950-1960, a perdu de son efficacité****. Le souci inflationniste pour le rappel à la loi, l'impérieuse nécessité de nouvelles références structurantes et de « limites-à-ne-pas-dépasser » trouvent là leur ressort*. » Le droit de choisir sa vie et l'injonction à devenir soi-même placent l'individualité dans un mouvement permanent. **Cela conduit à poser autrement le problème des limites régulatrices de l'ordre intérieur : le partage entre le permis et le défendu décline au profit d'un déchirement entre le possible et l'impossible. L'individualité s'en trouve largement transformée.**

Parallèlement à la relativisation de la notion d'interdit, la place de la discipline dans les modes de régulation de la relation individu-société s'est réduite. Ceux-ci ont **moins recours à l'obéissance disciplinaire qu'à la décision et à l'initiative personnelles**. Au lieu que la personne soit agie par un ordre extérieur (ou une conformité à la loi), il lui faut **prendre appui sur ses ressorts internes, recourir à ses compétences mentales.** Les notions de projet, de motivation, de communication, sont aujourd'hui des normes. Elles sont entrées dans nos mœurs, elles sont devenues une habitude à laquelle, du haut en bas de la hiérarchie sociale, nous avons appris à nous adapter plus ou moins bien. Les acteurs publics et privés s'appuient sur ces notions ; on en use autant dans la gestion des entreprises que dans les politiques de réinsertion.

« *Faute d'intégrer dans notre réflexion ces transformations normatives,* insiste le sociologue*, nous ne pourrons comprendre combien ont changé les relations aux inégalités, aux formes de domination et au politique.* ***La mesure de l'individu idéal est moins la docilité que l'initiative. Ici réside l'une des mutations décisives de nos formes de vie, parce que ces modes de régulation ne sont pas un choix que chacun peut faire de manière privée, mais une règle commune, valable pour tous sous peine d'être mis en marge de la socialité. Ils tiennent à « l'esprit général » de nos sociétés, ils sont les institutions de soi.*** **»**

Dans nos sociétés, la norme n'est donc plus fondée sur la culpabilité et la discipline mais sur la responsabilité et l'initiative. Dans la société dite moderne, les règles sociales commandaient des conformismes de pensée, voire des automatismes de conduite ; aujourd'hui elles exigent de l'initiative et des aptitudes mentales. L'individu contemporain est confronté au risque de son insuffisance plus qu'à celui de sa faute, à l'univers du dysfonctionnement

plus qu'à celui de la loi. Le déplacement de la culpabilité à la responsabilité ne va pas sans brouiller les rapports entre le permis et le défendu.

1.1.2. Du changement de normativité aux bouleversements sociétaux.

1.1.2.1. Les effets retard de la démocratie.

L'homme « universaliste » des Lumières naît en **1789** lors de la déclaration des droits de l'homme dans sa version masculine, porteur de « droits naturels, inaliénables et sacrés » au premier rang desquels se trouvent **la liberté et l'égalité en droit ; c'est la première révolution universaliste.**

Il faudra deux siècles supplémentaires pour que les femmes et les enfants soient inclus dans ce programme démocratique. Jusqu'alors, l'organisation de la famille était restée en dehors du mouvement démocratique, centrée sur l'autorité du chef de famille, le père. Mais depuis quarante ans, l'évolution sociale a eu pour conséquence une **introduction de la démocratie au sein de la famille**, d'où découle le fait que « *les parents ne sont pas définis comme porteurs des règles ou des lois, mais par leur liens affectifs et leur aide* » (Lazartigues, 2007), bouleversant le rapport classique des parents aux enfants. Celui-ci accède au statut de personne à part entière dès la naissance.

Ce ne sont plus les parents qui sont en position d'autorité mais le cadre de vie élaboré en commun par les différents membres de la famille, y compris les enfants. **Le principe d'autorité n'est plus alors le régulateur principal des relations intrafamiliales, mais c'est le principe de consensus** qui l'est, consensus autour de « l'intérêt général » de la famille, l'hédonisme étant « *la boussole de chacun comme la valeur phare de la société occidentale* ».

1.1.2.2. La place croissante de l'individualisme.

L'individualisme se définit comme la reconnaissance de l'individu « *comme juge en dernier ressort de ses propres fins* » et la croyance « que dans la mesure du possible ses

propres opinions doivent gouverner ses actes **»** d'après F. Hayeck (2005). Dans la société moderne, issue de la philosophie des Lumières, cet individu proclamé autonome, libre et éclairé, égal à ses semblables, restait encore encadré par un programme institutionnel fort imposé par l'Etat, qui donnait un cadre de pensée et d'action à cette liberté référée au sujet. Au cours des dernières décennies, **l'avènement de la société contemporaine a modifié cet équilibre, avec une réduction progressive du poids des institutions sur la vie des individus.**

Parallèlement à cet allègement, l'entrée dans une ère de consommation et de communication de masse a contribué à la « **deuxième révolution individualiste** », concept développé par G. Lipovetsky (2000). « *C'est un renversement de perspective dans l'espace social dont* ***le centre de gravité passe du groupe et des ses besoins et contraintes, à l'individu, fondant et légitimant ces actes sur l'autoréférence*** *(...) Dans ce renversement, la famille n'est plus l'élément de base de la société, cette place est maintenant occupée par l'individu. D'ailleurs, la société réclame également des individus détachés, individualistes, à la fois pour s'adapter aux conditions très évolutives de production du marché, mais aussi pour être des consommateurs actifs, riches de leurs envies et de leur désirs* » (Lazartigues, 2007). Ce nouvel individualisme expressif est caractérisé par le **primat des affects**.

1.1.2.3. Le changement du cadre des genres.

Dans les sociétés traditionnelles, le genre était exprimé par l'ensemble des **activités assignées au sujet en fonction de son sexe**. Dans la société moderne, les genres ont été redéfinis par la **complémentarité homme/femme** au sein du couple et père/mère au sein de la famille alors que dans l'espace public, l'activité n'était plus assignée à un genre. Dans la genèse de l'identité, rien n'échappait aux genres et l'appartenance à un genre définissait de façon très contraignante et très fondamentale la construction des comportements, de la sensibilité, de l'expressivité et l'organisation du lien à l'autre.

Dans la société contemporaine, les genres ne se définissent plus par leur complémentarité, et, dans une perspective radicale, après les mises en question par les mouvements féministes puis homosexuels, des mouvements, *queer* entre autres, voudraient la **dissolution des genres en raison de l'aliénation que ce cadre normatif relationnel et**

identitaire imposerait au sujet (Butler, 2006). Les féministes ont déconstruit la naturalité de façade des genres pour souligner sa part culturelle. Ainsi, la notion moderne de genre est de plus en plus considérée comme un vecteur de domination de la femme par l'homme, et une entrave au mouvement actuel d'épanouissement de soi et d'authenticité que sous-tend notre statut de sujet individualiste et autonome.

Ainsi ces « nouveaux genres » se voudraient libérés de tout carcan ou marquage institutionnel et prendraient forme à partir des idiosyncrasies du sujet, en empruntant des éléments identificatoires à une pluralité de modèles offerts, impliquant la disparition de la structure des genres complémentaires modernes. Ainsi, la matrice symbolique, familiale et relationnelle qui détermine le genre est, elle, fort évolutive, situant l'enfant dans un tissu interactif et relationnel au sein de laquelle il va construire son identité de base et son identité de genre, à partir d'une variété de possibles et d'images identificatoires très élargie.

1.1.2.4. La prééminence des médias et des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC).

L'existence de ces technologies bouleverse notre environnement comme notre rapport à l'autre, ou à l'espace et au temps. Les « écrans » jouent un rôle croissant dans la vie de l'enfant, et ce de plus en plus tôt dans sa vie. Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication a permis des **possibilités d'interactions nouvelles,** une extension de la sociabilité et une autonomie de contact grandissante pour des enfants de plus en plus jeunes.

En effet, la découverte du monde par l'enfant se fait de plus en plus par le biais des médias. Leur accès y est toujours plus précoce et, si certains écrans, par l'interactivité permise, peuvent permettre des manipulations ludiques, renvoyant à un espace transitionnel élargi, leur durée d'utilisation ne cesse d'augmenter et elle est de moins en moins accompagnée et contrôlée par les parents, pris par leurs activités professionnelles et personnelles. Dans certaines familles, l'écran (télévision ou DVD) a souvent pour fonction de « garder » le jeune enfant, pour des périodes parfois longues, faisant parfois office de « **troisième parent** » (Lazartigues, 2006).Se pose ainsi la **question de l'articulation de la place respective des médias et des parents dans l'apport de connaissances et**

d'expériences sur le monde qui nourrit la construction de la représentation du monde de l'enfant. Pour S. Tisseron (2004), « *les modèles proposés par les médias sont testés par l'enfant dans sa famille, il ne les retient que s'ils sont approuvés et renforcés dans l'espace familial. Les conditions familiales de réception des images par l'enfant sont donc déterminantes* ».

Le développement de nouvelles technologies a entraîné celui de nouveaux supports (outils multimédia : téléphone, Internet, audiovidéo, etc.) créant de nouveaux services (internet 3G, téléphonie gratuite, mails, forums, blogs) qui contribuent à modifier les relations à l'autre et les formes de sociabilité. Il en résulte une **nouvelle texture du rapport à l'autre, régulé par le jeu d'une nouvelle opposition de la proximité (souvent virtuelle) et de la distance (physiquement fréquente).** Pour la génération qui a grandi avec et maîtrise parfaitement les NTIC, ces supports entrent en synergie avec des changements de valeurs de la société et modifient de fait leur **rapport au temps (immédiateté**), à **l'absence de l'autre (qui reste joignable à tout moment)**, à l'écriture (s'affranchissant de la forme, « libérée du regard surmoïque »). Ils ouvrent des espaces immenses de savoir, élargissent la notion d'identité, transforment la sociabilité comme le regard sur le monde. « *L'autonomie culturelle, le fait d'affirmer des goûts et des fréquentations en partie indépendants des normes et choix familiaux, se manifeste de plus en plus précocement* selon O. Galland, et va de pair avec un *relâchement considérable de l'obligation culturelle en famille* », posant de façon cruciale la question de la transmission intergénérationnelle (Galland, 2003).

1.1.2.5. Le poids de la mondialisation.

Les NTIC permettent, sous l'aiguillon de la libre concurrence du marché, un **raccourcissement des délais et des cycles** des processus économiques, introduisant au cœur de la vie professionnelle une **précarisation des places** comme une **exigence constante d'adaptation.** Pour le consommateur que nous sommes tous devenus, les délais sont aussi raccourcis. Notre rapport au monde en est de fait modifié.

Les changements climatiques, la croissance constante de la population mondiale, le contexte actuel de crise généralisée nous forcent à penser la finitude des espaces et des ressources naturelles. Or **parallèlement à cette découverte des limites de notre monde, la**

technologie (notamment bio et nanotechnologies), nouveau sacré de notre culture avec le profit, **laisse augurer d'un pouvoir infini sur le monde**, en particulier sur le vivant. Selon A. Lazartigues (2007), si diverses instances nous alertent sur les risques de notre puissance, on assiste à l'actualisation de **fantasmes d'omnipotence** chez les Occidentaux, associés parfois à des craintes du lendemain les poussant à chercher des apaisements dans des croyances affirmées (religions, sectes) ou dans des conduites d'allure addictives.

Le même auteur rappelle la célèbre affirmation de C. de Gaulle : « L'intendance suivra ! » en pointant « *Nous sommes maintenant loin de ce propos, car c'est « l'intendance », c'est-*à*-dire* ***la dimension économique qui actuellement l'emporte sur les dimensions institutionnelles, symboliques, sociales ou psychologiques****. Cette prééminence de l'économique a tendance à envahir l'ensemble de la vie sociale, avec des effets indéniables sur notre fonctionnement psychique,* ***la composante économique de la vie psychique prenant de plus en plus le pas sur les autres déterminants de la psyché.*** »

1.1.2.6. La modification du rapport au temps.

Dans la **temporalité traditionnelle**, **le passé** était l'espace temporel de référence, source des actes fondateurs de la société par des personnages plus ou moins mythiques dont les vertus étaient autant de modèles – difficilement dépassables. La tradition introduisait ce passé dans le présent par la structuration des actes d'aujourd'hui selon des formules du passé. Quant au futur, la chrétienté l'envisageait « au ciel » autour du salut de l'âme. La philosophie des Lumières a inscrit la **temporalité moderne dans le futur**, pensé comme espace de réalisation du progrès, avec la possibilité d'accès au bonheur sur Terre. Ce temps du futur a permis le déploiement et la réalisation des grandes utopies et idéologies du XIXème et XXème siècles, des plus humanistes aux plus funestes. Ce temps du futur justifiait l'engagement éducatif des parents pour le monde qu'il fallait continuer en l'améliorant.

Le monde actuel et les NTIC notamment ont modifié le rapport au temps, qui est devenu plus dense, avec une réduction des temps morts. L'espace aussi s'est contracté, les déplacements sont plus faciles ou moins nécessaires. Ces possibilités permettent de **réduire l'investissement du temps au temps présent, proche, voire à l'instant** (celui de l'apparition du désir ou du besoin), délaissant le temps historique, fléché, irréversible, du projet dont les

exigences sont de plus en plus mal supportées. L'expérience de l'immédiateté est devenue une réalité dans l'espace de la communication avec l'autre, la nécessité d'anticipation s'est pratiquement évanouie. Cette temporalité réduite au temps présent, à l'instant, toujours disponible pour un retour, s'inscrit dans une sorte de temporalité, qui **évoque le temps cyclique du nourrisson, celui du besoin et celui du désir.**

Cette désaffection à l'égard du futur touche la fonction parentale de transmission. Sans futur, l'éducation perd son sens ; les efforts demandés pour des objectifs posés à cinq ou dix ans perdent de leurs justifications, et **les parents d'aujourd'hui, parfois pris par ce vacillement dans la transmission, peuvent renoncer à la posture d'éducateurs et se rabattre sur l'attachement immédiat**, ouvrant la voie au présent des affects, de l'expressivité, le futur arrivant bien assez vite.

La mise à bas de la tradition transmise dans l'univers culturel occidental, la contestation et la transformation de l'autorité, la prééminence croissante de l'économique, la modification de la temporalité centrée désormais sur le seul temps présent, conduisent à des pressions majeures sur l'identité des pays et des sujets. On assiste dans l'évolution sociale et psychologique aux effets d'une nécessaire redéfinition des identités culturelles, sociales, personnelles, de genre et de l'individu, rendue inévitable dans le monde contemporain.

1.2. Les « nouvelles familles ».

1.2.1. Les nouveaux cadres de la famille contemporaine.

Le centre de gravité de la famille s'est déplacé du groupe avec ses nécessités vers les individus autour de leurs singularités et de leur liberté. Il y a une **égalisation des places**, du père comme de la mère, des parents comme des enfants, avec une organisation familiale centrée sur le **primat de l'autonomie de chacun**, la mise au premier plan de l'hédonisme et de l'épanouissement de soi et la grande importance du regard de l'autre. **De cette famille contemporaine, l'enfant du désir, rare et précieux, en est le fondement, et le seul pilier**

pérenne. La loi a confirmé cette évolution en libérant le lien d'alliance, en égalisant le pouvoir des parents et en développant les droits de l'enfant dans un lien de filiation renforcée.

1.2.1.1. L'axe de l'alliance.

Dans le couple, l'Etat s'est dégagé du **lien d'alliance qui s'est donc privatisé.** Ce couple est devenu un « couple affectif », fondé sur des liens d'amour, cet amour « *qui forme une des figures centrales du lien dans les sociétés contemporaines* » selon F. De Singly (2003). Il s'est **également précarisé** : en 2004, en France, 45% des couples se séparent, plus de 50% dans les grandes villes. Le couple n'est **plus une entité statique**, son évolution s'inscrit dans la « trajectoire familiale » de chaque parent.

On passe d'une famille biparentale à une famille monoparentale, puis recomposée par l'un ou l'autre des parents, ou par les deux. Il en découle pour l'enfant, une « **constellation familiale** complexe », faite des parents biologiques initiaux, auxquels se sont rajoutés au gré des recompositions, les nouveaux conjoints et leur enfants, ainsi que les demi-frères/sœurs issus de ces couples recomposés, ainsi que les enfants amenés par les nouveaux conjoints, issus de précédentes unions. Cette organisation de la famille, dont le système de parenté français ne rend pas compte, renvoie à la **complexité des relations réelles et des places entre adultes et enfants**, donc à la question de la parentalité.

On parle de « **pluriparentalité** » pour évoquer ces adultes, dont le nombre dépasse deux (le père et la mère), qui sont empiriquement des « parents » pour les enfants dont ils s'occupent à temps plus ou moins partiel. Ainsi les beaux-parents assurent une fonction parentale importante auprès de l'enfant mais ne sont pas encore reconnus par la loi. Le système juridique devrait bientôt prendre en compte ces nouveaux rôles remplis par les nouveaux conjoints des deux parents du couple géniteur.

1.2.1.2. L’axe de la filiation.

Sur le plan juridique, **l’évolution du renforce la continuité de celle-ci**, avec une égalisation des droits, indépendamment système légal de filiation du type de filiation. La Convention des droits de l’enfant, reprise par la loi du 4 mars 2002, affirme le droit de l’enfant à entretenir des relations personnelles avec ses deux parents. Ceci pose l’ **« inconditionnalité » du lien de filiation**. Un développement vers d’autres formes de liens entre l’enfant et un tiers, parent ou non est fait également dans ce même texte de loi, ouvrant la possibilité de la coparentalité.

Sur le plan social, la famille hypermoderne naît lorsque l’enfant paraît. C’est lui qui fonde la famille (recomposée ou pas), il en est l’expression, la pierre angulaire, et il est **au centre de la vie de famille** par l’attention qui lui est donnée, par la référence qu’il constitue. C’est l’opposé de la famille moderne, dont l’acte de naissance était précisément le mariage, c’est-à-dire un acte institutionnel.

Sur le plan biologique, les avancées biomédicales ont été, dans le cadre du lien d’engendrement, les instruments de **l’enfant du désir, enfant voulu parfait que ne menace pratiquement plus la mort grâce aux progrès de la médecine**. Les perspectives de développement de l’assistance médicale à la procréation repoussent encore plus loin les limites autrefois imposées par la physiologie de la reproduction, venant introduire de **nouvelles dimensions dans le lien d’engendrement.**

Sur le plan psychologique, l’enfant du désir, rare, programmé, s’intègre dans un programme de vie aux multiples composantes sociales (études, carrières, logement), psychologique (désir, partenaire, son consentement) et biologique (fécondité, contraception et PMA). **Cet enfant est hyper investi par les parents avec une composante narcissique majorée.** Il jouit d’un statut privilégié qui peut lui conférer une position d’enfant roi, parfois de tyran. Le risque en est que **l’autorité de l’infantile** prévale sur celle des parents. L’autorité parentale se restreindrait alors au devoir de le protéger et de ne pas entraver l’épanouissement de ses potentialités.

1.2.1.3. Enfant et droit.

La Convention des droits de l'enfant introduit formellement et juridiquement l'enfant comme **sujet de droits, dès sa naissance**, avec des droits-libertés (droits d'expression, à préserver son intimité, d'association…) et des droits-créances (en lien avec sa fragilité et sa vulnérabilité). F. Héritier souligne qu'il s'agit d'une particularité de l'Occident de considérer l'enfant comme une personne de plein droit dès sa naissance (Héritier, 1996). Certains ont émis des réserves à cette formalisation juridique, comme le philosophe A. Finkelkraut « *le thème de l'enfant citoyen, de l'enfant adulte, de l'enfant responsable expose l'enfant, avec le risque d'y perdre son droit à l'enfance* ».

La loi du 4 mars 2002, dans le droit fil de la Convention des droits de l'enfant, fournit deux orientations pour guider le rapport à l'enfant : **l'intérêt supérieur de l'enfant** qui donne pour mission au parents de « le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, d'assurer son éducation et de permettre son développement, dans le respect dû à sa personne », et **l'enfant lui-même, qui doit être « associé aux décisions** qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ».

Cette évolution du droit introduit un renversement de perspective et un changement de paradigme dans les relations des adultes à l'enfant. C'est l'arrivée de l'enfant et non le lien d'alliance qui fonde la famille ; c'est l'intérêt de l'enfant et non les positions parentales qui justifient le projet éducatif et enfin c'est l'épanouissement de l'enfant et non les intérêts de la société qui doit guider les comportements parentaux.

1.2.1.4. Problématique des genres et parentalité.

La mise en question de la structure des genres modernes conduit à **l'effacement de la différence des sexes comme organisateur de l'espace familial**. Cette évolution peut conduire à **l'unification de la fonction parentale**, dont les différentes modalités en seraient plus liées au sexe de l'adulte qui l'exerce. Cette fonction parentale unique pourrait être portée parfois, par un seul adulte (monoparentalité), le plus souvent par deux, pas nécessairement de sexes opposés, ailleurs par plus de deux adultes (pluriparentalité).

La **question des processus d'identification** se pose en raison de la pluralité de figures identificatoires possibles, de leur pérennité non prévisible et dont l'engagement évolue au fil du temps et de l'affectivité de chacun. La **place de la mère** gagne en importance, le plus souvent, elle est la figure centrale assurant la continuité relationnelle de ces enfants parfois pris entre plusieurs cultures familiales dont la compatibilité n'est pas toujours garantie. On assiste parallèlement non à une disparition de la place du père mais à son évolution. La fonction de « représentant symbolique de la loi » n'est pas revendiquée par les « **nouveaux pères** » qui mettent plutôt en avant leur droit à exercer des fonctions traditionnellement plus dévolues à la mère (congés paternité, congé parental, droit commun partagé avec la mère à partir en retraite un an plus tôt,…).

1.2.1.5. L'individualisme dans la famille.

L'individualisme expressif est au cœur de la construction actuelle de l'identité. Une importance tout à fait nouvelle est accordée au sentiment, à la relation élective et au contrat, mais aussi aux **affects**. A. Lazartigues interprète le sentiment amoureux qui fonde le couple contemporain « *comme l'expression la plus radicale de l'individualisme, par le processus de singularisation de l'autre et de soi* (…) *Dimension extrêmement valorisée dans la culture, **l'amour renvoie à la question centrale de la reconnaissance la plus personnelle de soi dans sa singularité**. Elle se passe dans le registre d'une relation duelle* (avec un autre) *choisi parce que ce sentiment le singularise et le détache de l'anonymat des autres, individu radical que le sentiment amoureux élit et dont on attend, dont on espère qu'il rendra la pareille* ». La conséquence de cette **haute exigence narcissique** est la précarisation des couples, l'autre se trouvant facilement défaillant dans la réponse à des attentes considérables. Comme la relation de couple, **la relation à l'enfant est elle aussi source d'enjeux narcissiques majeurs.** La reconnaissance du parent par l'enfant devient un élément important de l'économie psychique et relationnelle parentale. Le « je ne t'aime plus » que l'enfant profère face à une limite peut être cru et craint par certains parents et les mettre dans une grande difficulté pour exercer une fonction d'éducateur auprès de leurs enfants.

L'individualisme contemporain renvoie à une **distance à l'égard des institutions** et à la régression de leur pouvoir d'intégration et de création de normes des conduites. Dans cet

espace laissé vacant par l'affaiblissement des statuts et des rôles sociaux, **la place du sujet** est à occuper et à défendre, particulièrement dans l'espace professionnel. Il faut faire preuve de combativité, d'énergie et aussi accepter une **remise en question permanente de soi** pour s'adapter et rester « dans la course ». Une des conséquences est **l'investissement massif de l'espace professionnel**, choisi ou subi, soutenu ou même exigé par le monde du travail. D'où la difficulté pour certains parents à avoir le temps et l'énergie nécessaires à leur mission d'éducation auprès de leurs enfants.

Une des contreparties en est la **pression parentale vers une autonomisation précoce et des exigences de réussite de leurs enfants à qui beaucoup de libertés et de moyens – comme de responsabilités, sont donnés**. Nous assistons à l'individualisation de plus en plus précoce des enfants, comme par exemple autour des espaces multimédia. Il en est de même pour certains adolescents à qui sont offerts les instruments de la liberté (portable, véhicule et moyens financiers) leur permettant dès 14 ou 15 ans une autonomie quasi d'adulte qu'ils imposent alors à leur famille. Parallèlement, dans l'espace politique, le citoyen, qui est au fondement de la démocratie est pris dans un mouvement de désengagement.

Face à l'individualisme se pose en effet la question de la gestion du collectif et de la contradiction entre l'intérêt de chacun et l'intérêt général. L'individu y apporte une forme de réponse par son désinvestissement de l'espace politique et collectif institutionnel (abstention pendant les élections, désertion des syndicats, etc.). S'y ajoute une forme de discrédit du politique désormais perçu comme un moyen pour un individu de réussir pour lui-même et non plus comme une action destinée à gérer le collectif au mieux de chacun.

1.2.2. Exercice de la parentalité et de l'éducation : de nouvelles pratiques et quelques effets.

1.2.2.1. Evolutivité de la parentalité : des relations fondées sur le narcissisme.

La dimension narcissique de la relation parents/enfants n'est bien évidemment pas récente : « *l'amour des parents… n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper son*

ancienne nature » relevait déjà S. Freud en 1914 (Freud, 1914). Mais dans une société où l'épanouissement personnel est érigé en valeur absolue, elle enfle, parfois démesurément. La société actuelle, par son emphase sur la valeur de l'enfant, bébé parfait porteur de toutes les potentialités de l'être humain, vient renforcer l'expressivité du **narcissisme parental.** La finalité des couples étant leur épanouissement personnel, cela les « *conduit,* pour A. Lazartigues*, à annexer leur enfant dans leur projet hédoniste et d'expansion de leur moi* (…) *Devant ce chef-d'œuvre, le leur, les parents vont avoir des pratiques éducatives différentes.* » (Lazartigues, 2007). Ce rôle éducatif va en effet s'exercer dans une **relation de symétrie** et à partir d'une psyché centrée sur l'individualisme, c'est-à-dire où l'autorité est issue de soi plutôt que du socius.

1.2.2.2. Corps à corps et interdit du toucher.

La rencontre mère/nourrisson est avant tout corporelle. Selon A. Lazartigues, si l'on observe que lors du corps à corps, l'offre maternelle de contact et la liberté laissée au nourrisson dans son exploration du corps de celle-ci a tendance a être plus généreuse que par le passé, la montée de l'excitation que cela engendre entraîne des explorations pas toujours très douces, auxquelles la mère met le plus souvent fin assez brutalement, renvoyant non pas à un interdit mais plutôt à l'impossibilité du parent d'en supporter davantage. **Le cadre psychique maternel de régulation des échanges, moins contraignant et moins puissant qu'il ne l'était, car moins fortement ancré au socius par le biais d'objets internes, de référence à une fonction tierce s'appuyant sur le lien au père et à l'ordre social qu'il vient symboliser, conduit les mères à éprouver fantasmes et affects sans trop de médiations symboliques alors que ces échanges sont de nature à fortement bouleverser notre monde interne.** Ces interactions affectives et fantasmatiques intenses entraînent un **interdit du toucher** qui n'est pas référé à un interdit social stable mais s'inscrit plutôt sur l'axe de l'intersubjectivité et de l'individualisme. Cet interdit du toucher peut être un organisateur de ces interactions, en **introduisant à l'altérité radicale de l'autre**, mais si cet interdit énoncé-agi par la mère s'articule sur l'affectivité et la pulsionnalité maternelles, l'organisation psychique précoce de l'enfant sera essentiellement fondée sur la **relation duelle**, de proximité à la mère, structurée par la géographie de l'affectivité et de la fantasmatique maternelle non régulées par la médiation symbolique d'un tiers. De ces

prémisses relationnelles découlent un **renforcement des assises individualistes** du jeune enfant.

1.2.2.3. Soutien à l'expressivité et instance assertive.

Dès les premiers mois, on peut observer un autre changement des pratiques d'éducation. L'intérêt parental se centre sur les **performances du jeune enfant**, soutenu dans son expressivité motrice, verbale, cognitive et exploratoire (jouets « d'éveil »). Le monde dans lequel il se meut est organisé pour le **protéger** (cache-prises, barrières de protection).

Outre l'effet excitant que ce soutien inconditionnel suscite, il permet d'asseoir un **sentiment de confiance en soi qui tiendra d'autant plus longtemps que le monde dans lequel il vit est aménagé de telle sorte qu'il vient renforcer son fantasme d'omnipotence infantile,** habituellement mis en veilleuse par la réalité de son environnement concret comme des effets de l'éducation classique qui ne cessaient d'imposer des limites à l'action de l'enfant et de réduire le champ de ce fantasme. D. Marcelli propose l'hypothèse d'une **instance assertive :** « je veux donc je suis » qui en serait la conséquence (Marcelli, 2003) et participerait ultérieurement au cours du développement à la modulation des conduites.

1.2.2.4. Autonomisation précoce et fonction de pare-excitation.

L'éducation contemporaine valorise l'éveil et les performances du jeune enfant et lui offre dans la perspective de les favoriser un environnement très riche de stimulations variées. Or la **fonction de pare-excitation**, assurée par les soins parentaux, puis par l'environnement familial élargi, puis social, est **essentielle à la construction de l'appareil psychique**. Elle contribue à l'acquisition d'un **sentiment de sécurité intérieure en protégeant le psychisme** d'un excès d'excitations tant internes qu'externes qui déborderaient sa capacité d'absorption. Par là elle entre dans la problématique de l'attachement. Elle joue aussi un rôle dans la mise en place de la différence des générations, avec des parents ressentis et idéalisés comme ayant une puissance mise au service de la protection de l'enfant. Elle rend possible une expression

pulsionnelle dans la sécurité de certaines limites, autorisant une certaine expressivité de sa puissance sur le monde et renforçant son investissement positif de l'environnement humain.

Or cette fonction de pare-excitation semble se réduire actuellement, peut-être en raison d'une moindre disponibilité des parents mais aussi surtout par la croyance qu'une exploitation maximisée des potentialités de l'enfant favorisera ses performances et son épanouissement, et que ceci passe par des stimulations permanentes et une libéralisation de son expressivité. Or l'hyperstimulation nuit à l'enfant quand les excitations débordent ses capacités d'absorption et ne peuvent être intégrées comme des expériences source de découverte.

1.2.2.5. Changements du côté de la période œdipienne.

Que devient le complexe de castration présenté comme central dans la conception psychodynamique dans la **construction de l'identité sexuelle** et **l'élaboration du sentiment d'incomplétude** à l'heure de l'éducation contemporaine et de sa remise en cause de l'identité de genre ? La mise en question très fondamentale de l'identité masculine comme la disparition des deux piliers qui fondaient la place du père dans la société moderne (être le chef du gouvernement familial et être le père des enfants portés par sa femme) conduit à un remaniement identitaire des hommes comme des pères. Parallèlement, les mères ne sont guère mises en question dans leur identité de mère et les femmes sont le genre qui monte. Pour A. Lazartigues : « *S'il y a envie, elle ne se situe plus à notre avis du côté du pénis, mais plutôt du côté du* ***pouvoir des mères****, éventuellement du côté de la séduction des femmes. Le questionnement actuel des genres offre une configuration nouvelle aux interrogations enfantines sur la différence des sexes modifiant la configuration classique associant l'angoisse de castration (masculine) avec comme conséquence la soumission du garçon à la loi du père, et le vécu de préjudice (féminin) avec la recherche de dédommagement du côté de l'homme, pourvoyeur de pénis-cadeau-enfant.* (Lazartigues, 2007)» La focalisation de l'expérience du manque sur la différence des sexes en ce qu'elle recèle d'incomplétude et de dépendance à l'égard de l'autre pour la surmonter permettait de constituer le paradigme à partir duquel unifier sur ce modèle toutes les expériences humaines d'incomplétudes. La

différence des genres traditionnelle ou moderne facilitait la **constitution de la différence des genres comme pivot de l'expérience d'incomplétude**, dans la mesure où l'expérience humaine était dans presque tous les domaines genrée. L'actuelle **mise en question de la différence des genres** dans la société et dans l'éducation vient remettre en cause ce paradigme. **L'élaboration de l'expérience du manque doit passer par d'autres supports**, au risque sinon de ne pas se faire et donc de rendre celui-ci insupportable.

Par ailleurs, se pose la question de la **construction du rapport au genre pour l'enfant** face à la réduction des pressions normalisatrices éducatives dans le domaine du genre. Si la découverte de la différence anatomique des sexes et la forte stimulation cognitive qui en résulte conduisent toujours l'enfant à s'établir comme appartenant à l'un ou l'autre sexe, actuellement, les marqueurs d'appartenance s'amoindrissent beaucoup dans le monde social comme dans le monde familial. Dans les familles où les deux sexes ne sont plus représentés, se pose la question de la place et de la force du fantasme de bisexualité ; l'élaboration de la problématique œdipienne devra également s'appuyer sur un cadre différent. Enfin, le registre des identifications va aussi être changé.

Le *« sens ne venant plus d'en haut, mais étant élaboré par chacun* » d'après J.C. Kaufmann (2004), le processus identitaire, si intense au cours de la première enfance et de l'adolescence, va conduire à l'élaboration d'une identité personnelle donnant cohérence à cette diversité de modèles et de rôles offerts par l'environnement lointain (médias et social) et d'expériences liées à la rencontre de l'enfant avec le genre dans la relation familiale.

Le **repère de la prohibition de l'inceste** semble être particulièrement essentiel à notre société qui a mis en place une lutte sthénique contre la pédophilie. Pour A. Lazartigues, ceci s'explique selon deux ordres d'explication. Le premier est la nécessité d'un garde-fou social vis-à-vis de **l'abandon d'un règlement institutionnel de la sexualité**, de **l'hypersexualisation de l'environnement** quotidien par les médias, et de **contours familiaux plus flous**, favorables à l'exercice d'une sexualité polymorphe qui pourrait bien inclure les enfants si ces garde-fous n'étaient pas renforcés. Le second ordre d'explication

s'appuie sur la logique de l'individualisme, qui d'une part exige le **consentement comme base de la relation**, consentement problématique chez l'enfant en raison de son immaturité et qui d'autre part prône le respect des potentialités de l'enfant notamment en matière sexuelle, respect qui impose de le **protéger de la rencontre sexuelle avec l'adulte**. Ce n'est pas pour autant que ce repère n'est pas modifié par les nouvelles organisations familiales. En effet, celui qui transmet l'interdit de l'inceste n'est plus dans une position d'autorité, mais engagé dans une relation symétrique à l'enfant. Cet interdit n'a plus la même effectivité dans le développement de l'enfant et il est probablement moins contributeur à la structuration hiérarchisée de la psyché.

1.2.2.6. Règles de civilités : le désintérêt pour la forme.

L'apprentissage des règles de civilité a été très assoupli dans l'éducation contemporaine, en miroir de **l'affaiblissement de la primauté du social sur l'individuel**, voire de son inversion. Ces règles contribuent à normer la forme des échanges dans les espaces publics comme privés et à différentier les places de chacun et sont une « *véritable* ***propédeutique à l'altérité comme à la sociabilité.*** *Elles offrent en effet la possibilité à l'enfant lors de mille interactions de la vie quotidienne de prendre conscience de la complexité de la vie sociale et des contraintes qu'elle impose (…) et contribuent à la distanciation nécessaire qu'impose toute vie sociale organisée autour des différents rôles sociaux préexistants à l'arrivée de l'enfant. La non intégration de ces règles par l'enfant renforce le fantasme de la primauté de ses désirs et envies singuliers sur les normes collectives* ».

Ainsi, pour A. Lazartigues, apprendre à dire « s'il te plait/merci » pour un enfant, « *c'est reconnaître l'existence d'un Autre (****problématique de l'altérité****), puis d'une dette à son endroit, dans le cadre du lien social (****problématique de l'appartenance à un collectif****). Cette soumission à la règle de civilité traduit pour le sujet la prééminence du collectif sur l'individuel, avec la possibilité pour l'individu de prendre conscience et de se représenter la dette qu'implique toute appartenance à un groupe social qui l'a accepté et intégré.*

***Ne pas offrir cet apprentissage des règles de civilité aux enfants, et les laisser libres d'organiser la forme de leurs échanges avec les autres, c'est les priver d'une propédeutique à l'altérité comme à la pratique de la vie en société, ce qui réduit leurs compétences sociales et rend plus problématiques leurs relations avec le groupe* ».**

1.2.2.7. Conclusion : nouvelles familles : le poids de la liberté.

L'accent nouveau sur l'i**ndividualisme**, rebaptisé épanouissement personnel, constitutif de la société contemporaine, privilégie l'**autoréférence**, et donne plus de poids à la « nature » et à la force de ses pulsions, beaucoup moins contraintes par l'éducation, mais aussi aux gènes, une des formes de l'expression de soi. Pour R. Misès, ces paramètres font ressortir la « ***désinstitutionalisation*** *par où se trouvent remises en jeu les fonctions médiatrices et socialisantes que le cadre familial a longtemps exercées sur le plan de la transmission des valeurs et des normes sociales* » (Misès, 2007). Entre le passé (programme institutionnel de la première modernité) et le risque actuel de naturalisation du sujet, il y a le champ immense de l'individualisation.

La place de la subjectivité de l'individu qui s'exprime dans le processus identitaire, et la pluralité et la diversité des rôles offerts comme modèles possibles (mais non contraints), « à la carte », imposent au sujet ce travail de la construction de soi. Pour l'enfant puis l'adolescent, enjoint à devenir lui-même, ce travail se fait dans une liberté à la fois excitante et inquiétante, et dans une autonomisation précoce qui alourdissent les enjeux identitaires.

1.3. L'adolescent hypermoderne.

1.3.1. Portrait de l'individu hyper moderne.

Les sociologues s'intéressant à l'évolution de la société dressent le portrait-robot du sujet type de la société contemporaine, qu'ils appellent l' « **individu hypermoderne** ». Il est le produit de, et évolue dans, l'hypermodernité, c'est-à-dire dans **un monde où les pressions exercées sur l'individu** par l'organisation de l'économie marchande capitaliste et les exigences de performance tous azimuts qu'elle impose **sont considérables**. Ces traits culturels ont aussi à voir avec l'avènement d'un environnement où le rapport à l'autre est médiatisé par les nouvelles technologies et les industries de l'image et ils résultent également d'un contexte éducatif profondément renouvelé dans ses normes et dans ses modalités relationnelles.

1.3.1.1. « Un homme pressé »…

Dans une sorte de **compensation de la pression extrême** exercée par son milieu, l'individu hypermoderne aspire à son **épanouissement personnel immédiat** dans une perspective individualiste et hédoniste. Ainsi, N. Aubert décrit « *un individu dominé par le besoin de satisfactions immédiates, un individu intolérant à la frustration, un individu qui exige tout et tout de suite, dans un contexte où la satisfaction de ce besoin est rendue possible non seulement par l'hyperchoix permanent de la société de consommation, mais aussi par la quasi-instantanéité avec laquelle ce besoin peut-être satisfait* » (Aubert, 2004). Pour M. Dagnaud (2008), si la recherche de satisfaction et le goût pour la fête sont inhérents à la condition humaine, **l'apologie actuelle de la fête**, devenue promesse des politiques (fête de la Musique, des Musées, Nuits Blanches, etc.), potentialise les composantes de l'économie de marché : « *Consommations effrénées, culte de l'hédonisme, explosion des sens. Tout est prétexte à cette exaltation de la vie, l'ivresse de la célébration s'auto-entretient et ne connaît aucune frontière.* (…) ***L'hédoniste donne la main au consumériste*** *par le truchement de cet idéal : s'éclater. En mettant au centre de leurs projections les transes de la fête, les jeunes*

acquiescent avec docilité aux injonctions de la société dans laquelle ils ont été élevés. » Par ailleurs, « *le goût de l'excès et de la défonce* » s'épanouit dans un environnement qui modifie en profondeur les perceptions de l'individu à l'égard des rythmes du temps. « *La vitesse de circulation des flux marchands et de l'information favorise la recherche du plaisir instantané, et son pendant, la difficulté à se soumettre à des efforts sur la longue durée pour atteindre la réalisation d'un projet.* ***L'individu hyper moderne obéit d'abord à des pulsions, cette virevolte de l'esprit qui obère la mémoire et engloutit le temps présent. Il ne connaît pas le spleen et ignore le temps mort.*** ».

1.3.1.2. A géométrie variable…

D'ailleurs, les **flux médiatiques**, véritable écosystème dans lequel baigne l'individu hypermoderne, stimulent l'aptitude à vivre ici et ailleurs, à se détacher de son contexte géographique et social, à se fabriquer des biographies alternatives, à circuler d'une réalité à l'autre. Il façonne un vrai talent à s'abstraire du quotidien, surtout quand celui-ci se révèle peu gratifiant et que l'avenir est lourd d'incertitudes. Alors les personnalités deviennent labiles, éparpillées – « *le glas a sonné de l'identité unidimensionnelle. L'hyper moderne ne cultive pas une identité finement ciselée, ne s'appuie pas sur une colonne vertébrale que consolide l'expérience* » selon M. Dagnaud (2008). Tout au contraire, il valorise l'absence de gravité. Il hait l'enfermement dans un rôle ou un statut : il **aspire à vivre plusieurs vies**, qu'elles soient réelles ou fantasmées. Les industries de l'image ont engendré une révolution silencieuse dans la subjectivité contemporaine car ces flux culturels nourrissent et décuplent l'imagination de chacun, naviguant entre réalité perçue et reflet de la réalité. E. Morin parle d'un environnement « *animé par ce* ***double mouvement de l'imaginaire mimant le réel, et du réel prenant les couleurs de l'imaginaire*** ». Pour l'anthropologue A. Appadurai : « *Davantage de gens voient leur existence à travers le prisme des vies possibles offertes par les médias sous toutes leurs formes. Cela revient à dire que le fantasme est désormais une pratique sociale.* » Dans la période récente, la blogosphère, les chats et les forums, vaste espace de jeu pour les stimulations identitaires apportent leur grain à ce mouvement de travestissement perpétuel. Le programme « Second Life » fonctionne parfaitement selon ces multiples dédoublements de la personnalité postmoderne, poussant à son extrême la vie par procuration.

1.3.1.3. « Enfant du désir »…

L'univers éducatif de l'individu hypermoderne prend sa source dans l'histoire de ses origines. En effet, **l'effet de désir prime désormais sur l'effet de lignée** : le nouveau-né est tenu comme un sujet d'amour dans une projection à deux et non pas comme le descendant d'une famille, qu'il faudra protéger et inscrire dans une histoire sociale. « *De par sa reconnaissance comme personne, l'enfant du désir est voué à endosser, dans le regard de ses parents, le choix dont il procède. Lui qui a été voulu, et voulu pour ce qu'il est, il ne peut qu'avoir choisi de naître, choisi ses parents, choisi d'être ce qu'il est. Il est environné de nécessité fantasmatiques* » écrit M. Gauchet (2004).

Cet enfant a l'injonction de se construire comme une personne à part entière. **Individu unique dont témoigne le sourire extatique de ses parents, dans un contexte où les fées qui se sont penchées sur son berceau ont déjà pensé beaucoup pour lui et à sa place.** Une autre doxa l'enveloppe dès l'enfance selon J.C. Kaufmann (2004) : le **principe de l'invention de soi.** Chacun doit établir une distance réflexive avec soi-même, s'analyser, puiser, arbitrer et trier dans son environnement les valeurs et les exemples pour élaborer sa propre subjectivité, et décider pour soi-même. D'où la **valorisation éducative de l'expérimentation et non comme auparavant l'identification aux modèles** parentaux. Explorer une large palette de plaisirs et d'émotions, se soumettre à des épreuves, investiguer les possibilités ouvertes par sa propre liberté : ces modalités tracent les voies de la construction identitaire que propose le modèle de l'invention de soi.

Cette injonction à être « *l'entrepreneur de sa propre vie* », selon l'expression d'A. Ehrenberg (1991), se présente comme un **hymne à la liberté offrant une large gamme de possibilités pour « se choisir » et « construire son histoire** », « *cadeau somptueux pour entamer l'existence, qui occulte pieusement la référence aux paramètres sociaux et individuels, alliage d'inné et d'acquis, qui pèsent sur la trajectoire de chacun,* dénonce M. Dagnaud. *Cette illusion les jeunes la saisissent assez vite. Mais comprendre cette illusion ne veut pas dire l'accepter.* ***La doxa de l'invention de soi porte en germe la tentation de devenir un rebelle permanent, celui qui s'indigne, sans doute à juste titre, de s'être fait berner dès le départ.*** »

Car c'est surtout dans les perspectives qui l'accompagnent que ce principe perd toute consistance : la vision généreuse du « tout est possible » et du « tout se vaut » se heurte de fait à l'instillation permanente de **modèles de réussite aux normes exigeantes** : excellence, performance, responsabilités… Les barres à franchir ne cessent de se multiplier et de s'élever. Aux jeunes, « *on ne parle plus d'existence mais de réussite* » remarque W. Lowenstein, et à ce jeu là, certains demeurent infailliblement « *plus égaux que d'autres* » comme le soulignait Coluche avec talent. Mais pour ceux qui ne sont pas élus, comment échapper à ce scénario de la réussite ? Comment accepter de ne pas pouvoir goûter ce festin ? Comment surtout gérer tant d'injonctions contradictoires ?

1.3.2. L'adolescent de l'hypermodernité.

1.3.2.1. Des jeunes aux conduites élastiques.

Pour M. Dagnaud, **les jeunes ont intégré, dans l'ensemble, le discours de la raison** et du sens, dont ils ont été abreuvés dès leur plus jeune âge. « *Ils savent décrire les signes d'un comportement responsable. Ils se révèlent compétents pour expliquer les talents à développer en vue d'une insertion dans l'univers social et professionnel. Ils savent avec finesse de quelle complexité est façonnée l'individu contemporain. Ils possèdent, sur bien des plans, les clefs explicatives des sociétés modernes, y compris sur la spirale de contradictions qui entoure le modèle éducatif. Et, **plus généralement, ils adhèrent, avec une pointe de fatalisme toutefois, au modèle social dominant et en approuvent les valeurs de base***. ».

En matière de sécurité routière et de consommation d'alcool par exemple, ils ont enregistré fidèlement les recommandations maintes fois réitérées dans les médias et y souscrivent volontiers. Et pourtant, **paradoxe** vertigineux, ils sont capables de **comportements radicalement en rupture avec leurs connaissance voire leurs convictions.** C'est ce que montrent les pratiques contemporaines de la fête que cet auteur a analysé dans une enquête originale sur le sujet. « *Ainsi apparaîtrait un parasitage entre la connaissance d'une règle et son application, entre la notion de danger et les précautions à prendre pour s'en prémunir, entre la pensée rationnelle et les comportements ad hoc, entre le légal et*

l'illégal. La dérobade des actes face à ce que la pensée recommande paraît un maillon psychologique qui structure les jeunes de la déjante. Ils ne sont pas fous et pourtant, parfois, ils agissent comme tels » (Dagnaud, 2008).

Le sens psychopathologique de telles conduites sera analysé plus loin dans ce travail mais on peut d'ores et déjà y associer d'autres explications d'ordre plus sociologique. **Les limites de sens ne sont plus données par l'ordre social, et doivent donc nécessairement se trouver ailleurs. Jusqu'à l'éprouver dans son corps ?** Au-delà de l'explication par l'ordalie, sur laquelle nous reviendrons également, il faut compter désormais avec l'océan d'images dans lesquels baignent les jeunes. Pour eux, **l'accoutumance à la virtualité** s'ajoute à tous les autres facteurs qui opacifient le rapport au quotidien et **favorisent le déni de leur vulnérabilité.** Le **comportement des adultes**, aussi, ne sert pas une clarté des repères. La consommation de drogues illicites est tolérée, avec indifférence voire avec mansuétude. « ***L'accommodement avec la règle*** *est une tendance manifestée par les adultes eux-mêmes. L'esprit frondeur est mis au bénéfice de celui qui a du caractère et qui sait défier les puissants. Pourquoi les jeunes ne s'engouffreraient-ils pas dans cette brèche ?* » interroge la sociologue.

1.3.2.2. Fête et tumulte identitaire.

Lors de son enquête, M. Dagnaud a remarqué que le comportement festif est plus marqué chez les jeunes qui subissent pendant de longues années un **statut d'indétermination** avant de trouver, éventuellement une place dans la catégorie des adultes actifs. « *Le retour erratique sur les routes au petit matin a un lien avec le* ***flottement identitaire*** *d'une fraction de la jeunesse* ». L'abondance des virées nocturnes et leur rôle initiatique dans la vie de certains adolescents et post-adolescents renvoient aux **difficultés à se forger une place dans la société**. Ces dérèglements ont des causes multiples selon la sociologue. « *Déficiences du système scolaire et universitaire, barrières à l'entrée dans le monde du travail, brouillage des rapports d'âge, complexité de la famille moderne… Au final, la situation faite aux jeunes adultes incite certains d'entre eux à s'élaborer une image personnelle dans des rituels de fête sans fin : celle du noceur dégagé des entraves de la vie sociale et qui s'éclate en défiant les normes* ». Si ces « teufs » expriment à divers degré la vitalité et l'insouciance de la jeunesse,

elles parlent également d'une **certaine désespérance parfois face à un monde qui n'a pas tenu ses promesses**. Alcool, drogue, succession d'actes impulsifs : le repli sur ce phalanstère dissimule une révolte étouffée que facilite l'oubli dans l'assourdissement des décibels ou l'extinction de la conscience par la défonce. Mais pour M. Dagnaud, **le déni touche aussi les parents** : « *quelque peu animés par la culpabilité, et parfois empreints de complicité naturelle ou d'empathie, ils se sentent en effet* ***pétrifiés d'impuissance*** *face au décalage générationnel* ».

L'auteur insiste par ailleurs pour ne pas cliver le rapport à la fête de la jeunesse. Les adolescents dont la destinée est moins aléatoire plébiscitent aussi « la teuf ». Les associations d'étudiants de grandes écoles sont connues pour l'organisation de « tonus open-bar » où les concours d'alcoolisation sont mémorables. « *La culture de l'explosion des sens ne touche donc pas que les galériens du système scolaire. Elle réunit une grande partie des membres de la génération montante.* » Pour certains, ces déchaînements fonctionnent comme un **exutoire à la compétition sociale et notamment scolaire**, pour d'autres, ils colmatent l'angoisse et le sentiment de vacuité générés par leur « indétermination ».

1.3.3. Vers une nouvelle personnalité de base ?

Comment s'organise aujourd'hui un sujet en regard d'une société attribuant une importance croissante à la valorisation narcissique au détriment de la relation à l'autre, donnant la priorité aux apparences au détriment de la mise en mots et en récit? Pour nombre de psychiatres, la prise en compte de ces modifications sociétales et familiales est essentielle. Certains auteurs comme A. Lazartigues, estiment que ces changements sont à **l'origine d'une organisation nouvelle de la personnalité se démarquant de la structuration névrotique** qui a prévalu en Occident jusqu'aux années 1960 (Lazartigues, 2007); tandis que d'autres, avec P. Jeammet ne vont pas jusque là et soutiennent que la **modification de la clinique adolescente au profit des registres narcissique et comportemental «** *ne reflètent pas tant des changements structuraux en profondeur de l'organisation psychique des adolescents que des formes nouvelles d'expression d'organisations psychiques en elles-mêmes peu différentes de celles du passé et* ***congruentes avec l'évolution sociale et le comportement des adultes*** » (Jeammet, 2007). Entre ces deux positions se situent d'autres psychiatres comme D. Marcelli

(2007) ou R. Misès (2007) pour qui, si les modalités de construction de soi ont changé, la nature des conflits structurant l'identité reste la même, c'est à dire du registre névrotique.

1.3.3.1. Changement de la structuration de la psyché.

Les mutations sociétales et les nouvelles coordonnées de la famille entraînent nécessairement quelques modifications dans le développement psychique de l'enfant. Ainsi R. Misès insiste (2007): « *A la suite de Winnicott, nous sommes certes accoutumés à articuler des données issues respectivement de l'intrapsychique et de l'intersubjectif, mais il est souhaitable d'aller plus loin encore dans l'exploitation de supports innovants que dégagent les récentes études sociologiques et anthropologiques.* »

L'augmentation permanente des situations d'enfants et d'adolescents en clinique présentant des problématiques comportementales, de passage à l'acte et de transgression pose la **question de l'intériorisation des interdits**. A. Lazartigues remarque : « *On constate en effet que les interdits sociaux sont bien connus par nos jeunes patients, mais tout se passe comme s'ils gardaient leur libre arbitre par rapport à leurs contenus.* (…) *L'individualisme actuel semble permettre à chacun d'avoir un* ***rapport contractuel à l'interdit****, comme aux règles sociales en général*. (…) *C'est l'un des effets de l'affaiblissement des repères symboliques dans notre société : la loi continue à exister, mais elle ne devient qu'un élément technique utilisé par le sujet, alors que la loi et le symbolique surplombaient le sujet dans le monde moderne. La loi et les règles ne sont pas pour autant vidées de sens, mais elles prennent une autre fonction, celle d'instrument au service de qui sait le mieux l'utiliser pour son propre compte* » (Lazartigues, 2007). Pour cet auteur, la « passion de la désymbolisation » ne fait pas disparaître ces cadres mais **le centre de gravité de la régulation des comportements n'est plus situé du côté du symbolique, émanation du collectif, mais du côté de l'économique, dans une perspective de libéralisme économique, et donc individualiste**. Pour A. Lazartigues, dans ces situations cliniques, tout se passe comme si la dimension psychique contraignante de ces interdits intériorisés avait disparu en même temps que le sentiment de culpabilité. Ces interdits, qui restent présents dans la psyché, ne semblent pas se distinguer, par leur statut, d'autres éléments intrapsychiques plus banals,

représentants factuels de la réalité. Le sujet, dans l'élaboration de ses conduites, les prend en compte, au même titre que d'autres éléments intrapsychiques, dans une évaluation économique de la situation.

Cet auteur fait un constat d'ordre plus général : « *les conditions des* ***processus d'intériorisation-introjection*** *nous semblent au cœur des modifications observées dans les conduites des contemporains, et en particulier dans une certaine* ***fragilisation des personnalités, fragilité*** *qui n'est probablement que l'inconvénient des capacités adaptatives plus grandes et nécessaires face à des relations et à un monde changeant rapidement* ». Tout se passe comme si l'intériorisation dans la psyché de l'enfant des règles, valeurs et modèles du monde social et familial traditionnel (c'est-à-dire moderne) était vécue comme une intrusion, que ce soit pour l'enfant, qui refuse cet empiètement de l'extérieur sur son monde interne, ou pour ses parents, qui n'assument plus d'imposer limites et interdits à leurs enfants, et peut-être ne se sentent-ils plus légitimés par la société à le faire. Le monde interne de ces jeunes patients semble mo**ins rassurant, facilement envahi par l'angoisse lors des tensions et conflits, frustrations ou échecs**. R. Misès aussi souligne les **difficultés d'introjections structurantes** qu'une éducation « libérale » est susceptible d'entraîner : « *Dans ce contexte, les difficultés croissantes que les parents éprouvent à fixer des règles éducatives, font que les réponses de l'entourage n'apportent plus les expériences alternées de satisfaction et de manques à travers lesquelles s'organisent des séquences maîtrisables mentalement par l'enfant, d'où découlent les introjections nécessaires au maniement des oppositions différentiées qui permettent le développement de la symbolisation et du langage* ». Il fait part plus explicitement de son inquiétude : « *Par exemple, que de plus en plus souvent l'enfant soit établi d'emblée dans un statut de personne et que ses capacités innées soient mises en avant,* (…) *risque assurément de conduire à des* ***défaillances de l'étayage et du holding****, par où le nouveau-né se trouve privé des appuis que nécessite son inachèvement, sa néoténie. Sur ce terrain* ***on oublie parfois que « le psychisme de l'enfant ne saurait advenir sans se donner d'abord à penser à un autre psychisme »****. Menacent alors de prendre forme des défaillances portant sur le parexcitation, les enveloppes psychiques, les capacités de contenance, d'où découlent des défauts majeurs dans l'accès au champ transitionnel et dans la construction du préconscient.* »

A. Lazartigues voit un **lien entre la fragilisation de l'étayage du narcissisme et le constat que la présence de l'autre, dans sa réalité concrète, paraît devoir prendre une place plus importante dans l'homéostasie psychique**, et que la dépendance à l'autre, dans sa présence réelle, paraît majorée. Les imagos également paraissent peu solides, souvent dangereuses ou peu actives, peu consistantes, peu rassurantes. Pour R. Misès : « *à l'intérieur de ces familles, l'enfant apparaît touché dans ses assises narcissiques, puis soumis à des projets tracés, sur le modèle d'un idéal contraignant où se trouve écarté ce qui proviendrait de sa propre créativité ; un tel processus conduit à la recherche d'objets immédiatement consommables, qui sont exigibles selon le principe du « tout, tout de suite ». De cette manière, derrière la dominance croissante des comportements extériorisés, se perpétue la* ***vaine recherche d'une confirmation par le sujet de sa propre valeur – une valeur dont il s'assure à travers le regard porté sur lui par autrui, faute de pouvoir la trouver en lui-même.*** (…) *Le maintien d'un* ***lien de dépendance mutuelle*** *devient alors la règle, il s'accompagne de défauts d'élaboration évidents de la position dépressive de M. Klein* » (Misès, 2007). P. Jeammet les rejoint également sur le constat d'une dépendance accrue à l'entourage : « *Plus les contraintes internes dont a hérité l'adolescent sont importantes et génèrent une insécurité interne (...), plus il devient environnement-dépendant, c'est-à-dire dépendant de la capacité de l'entourage à lui apporter la sécurité dont il ne se sent pas dépositaire* » (Jeammet, 2007). Or **cette dépendance est facilement vécue comme insupportable, d'autant plus qu'elle va à l'encontre de l'idéal d'autonomie prônée par la société contemporaine**. *« Mais cette dépendance rend ce dont il a besoin menaçant pour son autonomie,* nous dit Jeammet, *« ce dont j'ai besoin, parce que j'en ai besoin et à la mesure de ce besoin, c'est ce qui menace mon autonomie ».* » Face à cet enchevêtrement affectif que favorisent les nouveaux fonctionnements familiaux, « *rien d'étonnant à ce que l'on voit apparaître massivement une problématique narcissique de dépendance* ». Selon cet auteur, la nécessité pour l'adolescent de mettre en place une **fonction différenciatrice** passe alors, pour ceux qui sont pris dans des relations de dépendance narcissique excessive, **par deux grandes modalités comportementales que sont les conduites d'opposition et les conduites addictives.** Pour R. Misès, le recours à l'agir est aussi une adaptation/défense face à cette problématique de dépendance : « *Chez ces enfants, les aspects comportementaux, sans être exclusifs et sans se manifester toujours dans les premières années de la vie, paraissent en rapport étroit avec les* ***insuffisances de la mentalisation*** *et avec la mise en place de mécanismes défensifs qui visent à assurer prioritairement la* ***liaison par l'agir à travers un contrôle étroit du lien établi avec les objets externes.*** ». D. Marcelli parle d'un « *besoin*

d'affirmation identitaire assertive », une identité qui ne proviendrait que de soi, ne procèderait que par soi. L'expression pathologique de cette exigence de singularité excluant l'Autre s'expriment alors aux travers d'une « *pathologie de l'assertivité, toujours inscrite dans le comportement ou l'agir* » (Marcelli, 2007).

R. Misès et A. Lazartigues ont également repéré des **modifications du côté de la genèse et du développement des instances**, bouleversés par la symétrisation des relations parents-enfants. A. Lazartigues observe en clinique une **réduction des effets du Surmoi**, et une culpabilité qui n'a plus la place centrale dans la modulation des comportements. Pour lui, **la transgression n'est plus à envisager seulement comme une attaque de la loi** par le contrevenant, avec la culpabilité qui traduit sur le plan subjectif la tension entre la conduite du sujet et la conduite prescrite par la loi intériorisée, **mais comme un simple écart par rapport à l'ensemble des comportements socialement souhaités**, sur lequel le sujet, mais aussi la société, porte un jugement de valeur essentiellement fondé sur la dimension économique. « ***L'Idéal du moi*** *nous semble devoir être moins socialisé, plus protéiforme, conservant de ses sources une dimension mégalomaniaque plus* ***en rapport avec un Moi idéal du petit enfant****, qui n'aurait pas ou peu évolué sous la pression parentale et sociale* ». Il note également, dans les cas pathologiques, une **secondarisation moins efficiente des processus psychiques**, avec une insuffisance des systèmes de contrôle des comportements, une diminution de la palette des processus de sublimation et des capacités à parvenir à des satisfactions déplacées et retardées.

Pour R. Misès, « *Les défaillances et les distorsions fondamentales que je viens d'évoquer* (cf supra) *font obstacle à l'élaboration des conflits structurants de la phase œdipienne – conflits qui de surcroît, se trouvent mis en défaut par diverses composantes de la post modernité : le déclin de la différence des sexes, la perte de la fonction tiercéisante du père, sans oublier la pluralité et la précarité des supports identificatoires offerts*. »

1.3.3.2. Nouvelles adéquations entre société et individu.

Dans son travail de théorisation à partir de son expérience clinique et de son intérêt pour les travaux de sociologues culturalistes américains (Linton, 1999), A. Lazartigues propose l'hypothèse d'une **nouvelle personnalité de base** qu'il appelle « **narcissico-hédoniste** » (Lazartigues, 2007), qui, par définition constitue une « *configuration psychologique particulière propre aux membres d'une société donnée et qui se manifeste par un certain style de vie sur lequel les individus brodent leurs variantes singulières* ». Cette personnalité de base serait le **produit de la société contemporaine**, comme la personnalité « névrotico-normale » a été celui de la société moderne.

Les personnes structurées sur ce mode ont de **nombreux avantages adaptatifs** pour leur intégration dans une société individualiste, concurrentielle et mondialisée. Outre la **grande sensibilité à l'environnement, la bonne réactivité aux événements, on peut aussi constater une temporalité focalisée sur le présent,** avec la disparition du poids d'un passé porteur d'une tradition qui pourrait entraver l'adaptation à un monde très changeant. Ces jeunes sont **peu enclins en général à accepter facilement les engagements imposés**, préférant des engagements plus nombreux, à la condition qu'ils soient choisis et qu'ils puissent y mettre fin quand ils le souhaitent. Ces sujets sont **très sensibles à leurs intérêts personnels, organisés autour d'un individualisme hédoniste, source et légitimation de leurs conduites.** Ils ont tendance à protéger avec une certaine efficacité leurs espaces personnels contre l'envahissement par les exigences du monde professionnel et ont une **gestion souvent efficace de leur espace privé par une bonne utilisation des ressources sociales et une instrumentalisation efficace des règles et lois sociales.** Ils ont un goût marqué pour les explorations et les essais et ont **tendance à la multiplicité relationnelle comme à la recherche de sensations et de nouveautés**. Ces **caractéristiques sont très valorisées dans un monde nécessitant une adaptation permanente et de la créativité**.

Comme pour toute personnalité de base, les conditions du milieu et certains aspects de l'organisation sociale sont à l'origine de **problèmes de base d'adaptation** que l'individu doit résoudre, définissant le champ de la conflictualité développementale et les grands complexes

psychologiques à élaborer. Pour surmonter ces problématiques, le sujet doit mettre au point certaines méthodes d'adaptation, que les culturalistes nomment « constellations de base », créées dans l'individu par ces conditions propres à une société donnée. **Dans le cas de la personnalité narcissico-hédoniste, les domaines qui recèlent des difficultés potentielles recouvrent les champs affectif et social.** On constate en effet assez souvent chez ces sujets une **intolérance à la frustration** et des **difficultés à supporter le délai** pouvant parfois conduire à des **comportements hétéro- ou autoagressifs**. La prépondérance du délai dans leur dynamique relationnelle peut poser **problème vis-à-vis de l'Autre et vis-à-vis du groupe social**. Ils peuvent avoir une **exploration comportementale des possibles parfois risquées** d'autant qu'elle s'associe fréquemment à la recherche de stimulation. Enfin, on observe souvent une **dépendance accrue aux objets externes** pour assurer l'homéostasie psychique.

R. Misès, ne reprend pas complètement l'hypothèse d'A. Lazartigues, et préfère maintenir le concept de névrose infantile : « *Chez ces sujets qu'on découvre pris dans des difficultés d'étayages, d'identité et d'identification, une approche psychopathologique d'orientation dynamique permet cependant de reconnaître que* ***l'enfant persiste souvent à s'ouvrir aux conflits de désir et d'identification****, même quand ce mouvement reste mal assuré, même s'il prend forme à travers le déroulement à très long terme d'un processus de subjectivation soumis à divers aléas. Il me semble donc fondé de maintenir le concept central que représente la* ***névrose infantile****, mais sans méconnaître, selon la formule de M. Gauchet que désormais la partie se joue à travers « un interminable chemin vers soi-même »* (Misès, 2007) ».

1.4. Conclusion.

Une focalisation progressive du regard, du champ très vaste de la sphère sociale en passant par celui, plus resserré, de l'intersubjectivité, jusqu'à celui, très concentré, de l'intrapsychique, permet de retenir au passage quelques considérations utiles pour aborder la clinique et la psychopathologie des conduites d'alcoolisation à l'adolescence.

Tout d'abord, et il semble important de ne pas le perdre de vue, afin de ne pas s'égarer, ébloui par les miroitements du changement, il existe des invariants ou du moins des éléments qui n'ont pas cédé aux bouleversements sociaux des dernières décennies. Ainsi, l'adolescence est toujours identifiée comme un moment de la vie bien particulier, une étape de transition ou de passage vers l'âge adulte, pendant lesquels les conduites n'ont pas le même sens qu'avant ou après cette période.

Cependant, le clinicien se doit de tenir compte des mutations profondes qui ont entraîné la disparition de la « société moderne » au profit d'une société devenue « hyper » voire « postmoderne ». Les codes, les valeurs, les modèles ont changé et à cet âge où s'élabore sa subjectivité, cette modification des repères ne peut être sans incidence. Sans céder à la réduction d'une explication qui serait purement sociologique, force est de constater en clinique que le Moi se construit différemment à l'épreuve de la liberté. L'éducation actuelle peut donner l'illusion d'une subjectivisation précoce, mais, finalement, elle ne fait parfois que la ralentir et cette subjectivisation ne s'effectue en fait véritablement qu'à « l'âge adulte ». Elle correspondrait au moment du renoncement au « cocon protecteur » familial qui « épongeait » pour le sujet jusque là les conséquences de ses actes et de la confrontation à la réalité.

A nouvelle société, nouvelles pathologies ? En tout cas ces changements semblent favoriser l'éclosion de « **maladies de l'idéalité** » et autres « **pathologies du self** » (états limites, troubles narcissiques). L'exigence éthique de répondre de façon responsable et adaptée aux besoins changeants de la population, et de ces adolescents en particulier, nous imposent de tenir compte de ces mutations dans nos approches thérapeutiques.

2. LES CONTEXTES D'INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUË CHEZ LES ADOLESCENTS.

2.1. Introduction : alcool et adolescence, les liaisons dangereuses ?

Conduites d'essai, d'expérimentation, d'ordalie ou d'addiction, entre processus normal du développement et auto-traitement d'une souffrance qui ne trouve pas ses mots, les conduites dites d'alcoolisation massive à l'adolescence recouvrent de multiples réalités. D'autant qu'en la matière, l'intention peut être variée. Car ces conduites peuvent viser des objectifs multiples, parfois contradictoires, comme s'intégrer au groupe ou s'affranchir d'une réalité douloureuse, prendre de l'assurance ou se mettre hors de soi. Parfois ce comportement est destiné à donner l'alerte, parfois à détruire.

L'évaluation pédopsychiatrique au décours d'une intoxication alcoolique aiguë implique d'**identifier le contexte psychopathologique ou non** dans lequel s'inscrit cette conduite : conduite d'essai ? Conduite de risque ? Conduite addictive ? **Tenter de dégager le sens au-delà de l'acte** est ambitieux mais nous semble nécessaire afin d'une part d'**adapter la réponse** à cette interpellation et d'autre part d'**entrer dans la rencontre interhumaine** que cette dernière appelle souvent. Le « découpage » ici proposé est bien sûr artificiel et par là insatisfaisant, mais il nous a paru utile de présenter divers sens possibles de ces conduites dans une gradation de leur dangerosité car c'est elle qui va le plus souvent guider l'intervention du pédopsychiatre dans ce contexte. La réalité clinique est évidemment plus complexe et c'est pour cette raison que nous avons souhaité ajouter cette réflexion psychopathologique par des situations cliniques rencontrées au cours de notre pratique.

2.2. L'ivresse en tant que conduite d'essai.

L'adolescence est l'âge des découvertes, et notamment celle de l'alcool et de l'ivresse pour la majorité. Pourquoi la rencontre avec les boissons alcoolisées se produit-elle à cet âge ? **A quels enjeux de l'adolescence répond cette expérimentation ?** L'ivresse peut-elle constituer une conduite d'essai dans l'exploration de soi-même et de ses limites ?

2.2.1. Les (en)jeux de l'adolescence.

L'adolescence est un concept relativement récent (Huerre, 2002) aux délimitations parfois floues. Dans sa définition « large », elle correspond à la période de la vie qui débute avec la « tourmente pubertaire » et qui se termine avec l'accession à une autonomie sociale et psychologique en passant par l'appropriation d'une sexualité mature.

2.2.1.1. Une mutation à haut risque : comment devenir qui l'on est ?

Le changement subit et subi par l'adolescent qu'on appelle **la puberté a un impact traumatique au sens où ses effets bouleversent la vie psychique du sujet, et viennent constituer une « rupture » dans son histoire**, selon le concept de M. Laufer (1983) ; c'est « l'effraction du pubertaire » développé par P. Gutton (1991). Ce changement constitue une mutation à haut risque car il s'agit pour l'adolescent de ne pas se perdre en route alors que la boussole et la pendule s'affolent et semblent osciller entre des directions opposées. En effet, ce temps de transformations physiques, psychiques et sociales qu'est l'adolescence fait « *se heurter en un même moment logique le monde du passé et celui du devenir* » (Le Fourn, 2007).

A cette double temporalité correspond un travail psychique également double appelé ***processus de séparation-individuation*** par P. Blos (1967), ***élaboration du conflit narcissico-objectal*** par P. Jeammet (1991) ou ***processus de subjectivation*** par R. Cahn (1997) et D. Marcelli (2007). Ce travail qui s'impose à l'adolescent est double en effet, car il s'agit à la

fois d'un travail de deuil et d'un travail de conquête, dont l'enjeu est de taille : **changer tout en restant soi-même à défaut du même !** « *Leur identité* (des adolescents) *doit faire face au risque d'une rupture imposée par le changement qu'ils subissent tout en cherchant à maintenir une continuité d'existence qui n'est certes pas facile à trouver dans la tourmente pubertaire* » nous dit P. Huerre (2007).

2.2.1.2. Un travail de deuil…

Un premier travail, douloureux, attend l'enfant au seuil de la puberté car **l'adolescence est d'abord le temps des pertes.** « *Un certain deuil des objets du passé est inévitable* » soulignait déjà A. Freud en 1958. Il faut en effet se résoudre à quitter le monde de l'enfance. Pour cela, l'adolescent doit d'abord **renoncer au corps « tranquille »,** car familier et maîtrisé, de l'enfant qu'il n'est plus, ce corps qui était le support de sa toute-puissance infantile. Son corps change vite, et beaucoup ; et cela il ne le maîtrise pas. Il doit également **renoncer à sa position d'objet-enfant de ses parents** et prendre de la distance avec eux, s'en séparer, au risque de s'y perdre pour ne pas s'y confondre. **Prendre de la distance et remettre en question les modèles identitaires parentaux** sont le prix de l'évitement d'une confusion incestuelle, à l'heure de la réactivation des tensions œdipiennes. Ces pertes sont parfois douloureuses et viennent **fragiliser le narcissisme du sujet** qui ne peut plus se suffire de l'investissement libidinal de ses parents, investissement qu'il doit au contraire écarter par un « désengagement du lien œdipien » (Blos, 1984). **D'où l'existence d'une « dépressivité » normale à l'adolescence, venant signer le travail d'élaboration des pertes imposées par l'entrée en scène du corps pubère**. « *Comme l'endeuillé, l'adolescent reste un certain moment abîmé dans le souvenir de ses objets perdus, et comme lui, l'idée de la mort lui traverse l'esprit.* » écrit A. Haim (1969). Cette dépressivité transitoire n'a pas de caractère pathologique et doit évidemment être distinguée d'un épisode dépressif caractérisé survenant au cours de l'adolescence.

2.2.1.3. Mais aussi de conquêtes !

L'adolescence n'est pas qu'une période de deuil, elle est aussi le temps de la conquête, de soi, des autres et du monde.

Conquête de soi, d'abord, et il s'agit avant tout de **s'approprier un corps** « devenu étranger » tant il est nouveau, **source de nouveaux désirs et de nouvelles potentialités**. Même si le préadolescent est généralement bien informé et connaît les modifications physiologiques et morphologiques à venir, la puberté restera toujours une surprise, vécue comme quelque chose d'imposé, de subi et venant de l'extérieur. C'est un événement que l'adolescent n'a pas choisi et qu'il ne maîtrise pas. Il va lui falloir effectuer un travail de reconnaissance, de réappropriation quotidienne de son corps, quitte à devoir s'abîmer des heures dans la contemplation de son reflet, à la rencontre de ce nouveau lui-même. L'adolescent doit également **s'approprier parallèlement de nouvelles capacités cognitives**, avec notamment l'accès à la pensée formelle. C'est un temps de grande curiosité intellectuelle et d'ouverture sur le monde, portées par la **découverte du plaisir à penser par soi-même**. Se produit souvent un investissement d'un domaine particulier où l'adolescent fait preuve de sa créativité. Cette conquête de soi repose sur un paradoxe que Marcelli appelle « ***paradoxe identitaire*** » (Alvin, 2005): « *Pour savoir qui je suis, j'ai besoin de ressembler à quelqu'un, et en même temps je ne peux être moi-même qu'en me différenciant d'autrui* ». C'est le conflit de ressemblance/différence qui sous-tend une grande partie des relations parents/adolescents.

Conquête de l'autre, ensuite. En effet, en voie de séparation avec ses parents, l'adolescent doit déplacer ses investissements d'intérêt et d'amour. Il va lui falloir s'appuyer désormais sur de « *nouveaux objets d'amour, des objets qui le mettent à l'abri du pubertaire et de la menace incestueuse* » (Alvin, 2005). Ici encore, l'adolescent se trouve face à un **paradoxe, relationnel** cette fois-ci, et qui découle du précédent : « *Pour s'affirmer soi-même, a-t-on besoin d'autrui* ***? Est-on soi-même en l'absence d'autrui ou a-t-on besoin d'autrui pour mieux se connaître ?*** *C'est l'opposition moi et/ou l'autre –moi sans l'autre* ». Pour le savoir, il va donc falloir répondre à l'appel de cet autre qui oblige à sortir de soi, à se confronter au monde extérieur, à sa liberté et à sa violence, à **accepter la rencontre et ses risques**. Dans cette perspective, le rôle des **relations aux pairs**, souvent de même sexe, est

essentiel car elles permettent un **jeu d'identification**, que ce soit dans une modalité groupale, avec « la bande » ou en relation duelle avec « le meilleur ami ». Ce temps de la bande et de l'ami permet à l'adolescent de mettre en place le **concept de la différence des générations** - désormais, des choses se font entre pairs qui ne se font pas avec les parents, et de **s'éprouver, de se reconnaître dans son sexe d'appartenance.** Vient ensuite **le temps du ou de la petit(e) ami(e)** qui traduit l'intégration de la différence des sexes mais aussi l'intégration de la différence des désirs et la **prise en compte de l'autre dans son altérité**. Bien évidemment, **cette relation introduit aussi à la sexualité**.

Conquête enfin du monde des adultes, où il s'agit cette fois de découvrir la sexualité mature, d'accéder progressivement à l'autonomie (droit de vote, liberté décisionnelle) et de conquérir un nouveau statut social.

L'émergence d'un sexe spécifique dans le corps implique, outre la reconnaissance de son identité sexuée, la définition de ses identifications sexuelles. Ces dernières imposent le **remaniement des relations à autrui**, c'est-à-dire à un autre différent. Le **dernier paradoxe** sur lequel se construit le travail de subjectivation est donc **lié à la sexualité** : « *au moment de l'émergence de la subjectivation qui conduit à l'**affirmation de sa singularité**, la transformation pubertaire inscrit dans le corps de l'adolescent la **dimension d'incomplétude et le besoin de l'autre*** » (Alvin, 2005).

La **conquête de l'autonomie** est l'autre enjeu majeur du travail psychique de l'adolescence. Elle « *pousse les adolescents à **chercher les limites** de leur nouvel univers* » (Huerre P, 2007). Cette autonomie ne se confond pas avec l'indépendance car elle comprend en effet la reconnaissance de limites. A travers le besoin de se séparer, l'adolescent est à la recherche ou à la conquête de ses limites : aussi bien de son corps propre (alimentation, style d'habillement, performance physique), de ses compétences intellectuelles, que dans le domaine du social (recherche de limites par rapport aux interdits parentaux, constitution de son propre rapport aux lois de la société).

Se produit souvent un **investissement d'un domaine particulier** où l'adolescent fait preuve de sa créativité. Cet investissement, souvent en rupture avec ceux des générations précédentes, est partagé par ceux de sa génération et **l'inscrit dans le mouvement social** : musique/sport/NTIC…

L'aboutissement du travail de subjectivation sous-tendant toute la traversée de l'adolescence, consiste alors à devenir et à se reconnaître le sujet de ses propres désirs, pensées et actes, dans les limites de son Moi (l'espace psychique interne) et dans celles de l'espace social (la réalité externe). C'est le « *préalable à la capacité de faire un choix* » selon D. Marcelli (2005).

2.2.1.4. Flottement identitaire, dépressivité et problématique de dépendance.

Ce double mouvement périlleux de perte et de conquête, d'abandon et de découverte, de deuil et de remaniements des liens, a donc des **enjeux identitaires et relationnels majeurs** et s'accompagne d'un **mouvement dépressif normal** s'inscrivant dans un processus de maturation psychique. Le flottement identitaire et la perte du système d'idéalisation infantile participe à cette souffrance dépressive. « ***Blessure narcissique et perte objectale*** *favorisent la survenue d'un affect dépressif à l'adolescence. L'élaboration psychique permet habituellement de faire le deuil des objets infantiles et d'intégrer la nouveauté pubertaire. L'affect dépressif peut donc être considéré comme faisant partir de toute expérience adolescente* » affirme F. Marty (2007).

Le dépassement de ce moment dépressif dépend de la qualité des étayages narcissiques, de la solidité des défenses du Moi et de la façon dont l'expérience de séparation d'avec l'objet d'amour initial aura été vécue par l'enfant. S'y ajoute la qualité de l'entourage et sa capacité à gérer les multiples paradoxes auxquels est confronté l'adolescent et à savoir rendre tolérable ce dont il a besoin.

Si l'adolescent ne peut tolérer ces moments de souffrance, en particulier parce que cela le renvoie à des périodes de souffrance de la petite enfance (séparations, ruptures, carences affectives précoces), il risque alors d'évacuer le malaise par des conduites à type de passage à l'acte, de projection agressives, etc. Ou de refuser ce travail d'élaboration de la problématique de dépendance en s'engageant dans un autre type de dépendance, cette fois-ci active et recherchée, à l'égard de produits, de conduites, de sensations. En revanche, s'il les tolère, il

pourra les intégrer et les surmonter dans des comportements de réparation, sublimation, création…

Or ce qu'exige le présent dans nos sociétés de maîtrise pulsionnelle et de contrôle des affects et des émotions, modifie sans conteste les modalités de régulations narcissiques du sujet, générant ou favorisant chez certains des structurations plus limites que névrotiques, qui sous-tendent bon nombre des conduites à risque et addictives.

En d'autres termes, l'évolution sociale actuelle, par la liberté d'expression qu'elle permet et son questionnement des limites agit comme un interrogateur qui met à l'épreuve les ressources narcissiques du sujet et la force de son Moi, entrant ainsi en résonnance avec la dynamique de l'adolescence et en redoublant les effets.

2.2.2. L'ivresse face à la tourmente pubertaire.

Devant cette lourde tâche de « séparation-individuation », il n'est pas difficile d'imaginer que l'alcool en général et l'ivresse en particulier, par ce qu'ils représentent dans notre culture et par les vertus qu'on leur prête, trouvent leur place assez facilement dans la problématique adolescente. En effet, l'alcool, de par sa représentation dans l'imaginaire social, est un **repère identificatoire très fort associé au monde des adultes** qu'il s'agit d'intégrer. De plus, il exerce aussi une **fonction « économique », en venant soutenir le sujet en construction** confronté à des enjeux venant solliciter massivement ses assises narcissiques.

2.2.2.1. Une fonction « économique » de l'ivresse…

L'alcool répond en effet au double mouvement de conquête et d'abandon exigé par l'adolescence, par une **double fonction de stimulation et d'apaisement**.

L'alcool favorise la conquête car il désinhibe et donne du courage. Il peut faciliter la conquête de son corps. L'ivresse délie en effet ce corps non encore apprivoisé, maladroit.

L'alcool permet d'**éprouver de nouvelles sensations** que l'adolescent peut « doser » et contrôler, sur lesquelles il garde une maîtrise et pose une explication, contrairement à d'autres sensations qui viennent l'envahir sans qu'il ait rien demandé, sensations nées de ce corps nouveau, étranger voire étrange. Ces vécus plus inquiétants de bizarrerie et d'étrangeté, issus de l'intérieur du corps sont pour certains adolescents intolérables car ils les renvoient à leur situation de passivité vis-à-vis des transformations pubertaires. L'alcool **facilite l'exploration des nouveaux désirs** qui habitent ce corps **comme de ses nouvelles potentialités.** Dans l'hypomanie de l'ivresse, Il **aide parfois à se penser pensant et créatif.**

L'alcool par ailleurs **donne du courage pour partir à la rencontre de l'autre**, des autres ; il **facilite les échanges par la désinhibition** verbale et comportementale qu'il induit. Son absorption peut donner l'illusion d'inventer ou à tout le moins de participer à la construction des valeurs de sa génération. C'est un **facteur important sinon incontournable dans le processus de socialisation des jeunes occidentaux.** Boire permet de se montrer ou de se sentir plus fort vis-à-vis de ses pairs ; de partir à la recherche de ses nouvelles limites, dans des conduites d'essai… et parfois d'erreur. L'adolescent veut **croire que l'alcool aide à séduire** et qu'il permet de passer outre l'angoisse associée à l'entrée dans la sexualité.

Mais l'alcool n'a pas que cette fonction « facilitatrice » et stimulante, il a également celle **d'apaisement de l'angoisse et d'oubli de ce qui fait souffrir.** Plus qu'à un autre âge et à une autre époque, **les sollicitations du narcissisme et les pressions sociales** se font lourdement sentir, en termes d'exigence de performance. Pour reprendre la métaphore marine du « bateau ivre », citons X. Pommereau (2006): « *Ivre de sentir l'air du large, ils éprouvent ainsi des sensations fortes, ce qui est aussi une manière de faire taire la peur de l'inconnu, la nostalgie du port d'attache et les émotions qui s'y rapportent* ». Or l'alcool permet d'oublier le temps d'une fête que l'autre fait peur, qu'on n'est pas sûr de soi ni même de qui on est, pas plus que de l'avenir. Oublier que l'environnement est dur, le collège ou le lycée une jungle où la faiblesse et le doute n'ont pas droit de cité. Apaiser l'angoisse face à ce corps qu'on ne contrôle plus, qu'on ne reconnaît plus, dont on a honte et qui nous trahit. L'ivresse permet d'expérimenter un sentiment de déréalisation, moins angoissant car induit par un produit et donc maîtrisable, que les expériences vécues parfois par l'adolescent au moment de la puberté et des transformations corporelles rapides qui l'accompagne. Il peut **consoler de la tristesse** d'avoir à renoncer à l'enfance et aux parents garants de la sécurité du monde extérieur.

L'alcool peut même **entraîner l'amnésie**, permettant à l'adolescent de se mettre hors du temps et de son implacable et angoissante irréversibilité. Ce temps qui avance parfois si vite et parfois si lentement, jamais au bon rythme.

2.2.2.2. Et une fonction identitaire.

L'alcool et ses représentations se trouvent **au croisement de deux univers** entre lesquels évolue l'adolescent. D'un côté, celui des parents, et derrière eux, le monde des adultes, la société (parents qui d'ailleurs sont le plus souvent en France les initiateurs de leurs enfants vis-à-vis de l'alcool). De l'autre côté, l'univers des pairs auquel il s'agit de s'intégrer en intégrant ses codes, dans une appropriation mutuelle.

A partir d'une « tradition » familiale…

Avant d'être un support de différenciation, l'alcool offert au préadolescent est en effet le **marquage de la reconnaissance parentale**, et donc sociale, qu'il parvient au seuil du monde des adultes et qu'il peut être initié à l'une de ses prérogatives. La plupart des études soulignent d'ailleurs le fait que **le comportement ultérieur de l'adolescent vis-à-vis de ce produit est largement dicté par l'attitude des parents**. Ainsi, l'équipe néerlandaise de Van der Vorst a étudié en 2006 l'impact des règles parentales spécifiques vis-à-vis de l'alcool associé à leur propre position et utilisation de l'alcool (Van der Vorst, 2006). Les résultats de leur enquête montraient que tenir des règles strictes vis-à-vis de l'alcool était associé à un début différé des consommations. Une étude américaine de 2007 dirigée par Komro (2007) a mis en évidence que l'accessibilité et la disponibilité d'alcool au sein du domicile familial était un des facteurs prédictifs les plus robustes d'une consommation comme d'une intention de consommer de l'alcool chez les adolescents notamment chez les plus jeunes (entre 12 et 14 ans). L'attitude parentale vis-à-vis de la consommation d'alcool d'un adolescent et la réponse parentale à une ivresse de l'adolescent sont donc importantes à prendre en compte, tant pour ses « effets » à terme que pour sa valeur symbolique, même si « *l'adolescent fait sien son corps et il lui apporte les carburants de son choix* » (Le Fourn, 2007).

… L'adolescent, par sa façon de s'alcooliser, prend ses distances avec le modèle parental…

Il y a en effet un **profond clivage entre l'adulte et l'adolescent à propos de leur boire.** Les breuvages des adolescents sont d'ailleurs souvent considérés comme « imbuvables » par les adultes. Le liquide recherché, c'est le clin d'œil provocateur : du fluo, du rose… des liquides qui dégoûtent les adultes, comme le vin-cola. Idéal lorsqu'on est en quête de ses origines réelles, imaginaires et symboliques, mais également dans un processus actif d'individuation. **Etre unique donc boire unique**. « *Le liquide*, selon M. Le Fourn, *plus que tout autre aliment est vécu par les adolescents comme une prise de position d'autonomie, d'individuation. La nourriture, le temps du repas, a toujours été lieu de conflits, la cuisine lieu d'échanges, de demandes. Lorsqu'il boit sa boisson d'adolescent, n'est-il pas dans une prise d'indépendance, d'individuation, de construction de son corps psychique et social ?*

Désirant se construire avec ce qu'il est, ce qu'il veut, ce qu'il boit… Il y a dans leurs pratiques une quête d'indépendance, de recherche de différentiation, de mise à distance de leur trop grande proximité et de leur inquiétude à partager trop longtemps les mêmes aliments que leurs parents ». Cette crainte d'incorporation du même renverrait l'adolescent vers un monde de fantasmes incestueux. Il faut donc boire différent. C'est la raison pour laquelle à peine sont-ils décryptés par le monde adulte qu'ils changent de codes ; alors se crée un nouveau langage de nouveaux modes de boire.

Consommer de l'alcool pour un adolescent participe ainsi à la prise d'indépendance et à la dynamique de séparation-individuation au sens où il permet à l'adolescent de se différencier de l'enfant qu'il a cessé d'être et de se rapprocher du monde des adultes tout en affirmant ses distances vis-à-vis des parents puisque le boire adolescent se distingue franchement, dans sa nature et ses modalités, du boire des parents.

… Et expérimente des identités fluctuantes…

L'adolescent a soif d'identité, soif d'exister, de se montrer, de vivre, de provoquer, et même de transgresser. Alors il boit ! Plus que n'importe quel aliment, le liquide est porteur de message, de convivialité, de possibilité de rencontres. Les liquides et leur packaging proposent aux adolescents de nouvelles attitudes gestuelles, de nouveaux signifiants, de nouvelles incorporations pour se différentcier coûte que coûte et déambuler, parés à paraître, décidés à être. Les liquides et leurs bouteilles étant avant tout pour l'adolescent des signifiants qui résonnent en lui telles des « ***perfusions identitaires*** » selon l'expression de M. Lefourn (2007) lui permettant, dans cette période de crise d'originalité juvénile, de se construire un **« *prêt à porter identitaire* » avec des identifications en pelure d'oignons selon l'expression de Winnicott : on devient ce que l'on boit**. Dans cette « *identité d'un moment* », les adolescents se reconnaissent sincèrement dans ce qu'ils souhaitent être, sans pouvoir pour autant se projeter dans l'avenir. Alors ivres d'une envie de vivre, ils ont soif… et le liquide devient un support de communication. Pour M. Le Fourn : « *Affichant des couleurs fluo, des messages énergétiques, de séduction, la bouteille fait partie intégrante de la panoplie, du complément vestimentaire ; elle est symbole de mystère, de secret et de savoir ; flacon fermé*

qui contiendrait une mystérieuse alchimie. Aujourd'hui, las adolescents aiment ce qui se transporte, ce qui est nouveau. Accessoire ? Mais oui ! La bouteille est devenue résolument nomade, elle se fait mini » (Lefourn, 2007). Pour reprendre cette idée de l' « accessoire transportable », ou de « l'aliment accessoire », la canette serait plutôt une convivialité de la rue, du lycée, de la grève,… du mouvement. « *Là aussi on joue avec l'espace de liberté, de déplacement, le choix de la non-contrainte des lieux. Il en est de même pour les bouteilles aux bouchons-biberons qui se laissent sur le coin du bureau, sur la table de fac, et ce, quelque soit le contenu. De toute façon, personne n'ira vous le boire, c'est votre dose à vous* ». Les soirées, consacrées à la fête et à la détente, sont associées à l'alcool, à l'euphorie et à l'ivresse. Ce sont des lieux et temps de séduction et de jeu où la donne sociale est changée, ou les rôles sociaux et les apparences sont modifiés et les codes de bonnes conduites oubliés, où **l'expression des sentiments intimes, si difficile aujourd'hui, est autorisée sous couvert de l'ivresse.**

… En attendant la validation par le groupe de sa valeur identitaire…

Mais si l'alcool est le vecteur d'une affirmation identitaire, la consommation n'est qu'exceptionnellement solitaire et **la conduite n'a de sens à cet âge pour la majorité que dans, et sous le regard du groupe.** Les premières « vraies initiations » à l'alcool, se font donc en compagnie d'autres jeunes et sont généralement nocturnes, **la nuit** semblant légitimer les pratiques extrêmes ou inhabituelles. « *La nuit est souvent vécue par les jeunes comme un espace social privilégié où peuvent s'exprimer les émotions, contrairement au jour plutôt caractérisé par la nécessité d'une maîtrise de soi* ». Ces consommations sont assez souvent associées à des **jeux**, l'alcool étant le seul produit toxique intégrant des pratiques ludiques. « *Ces jeux qui ont généralement lieu lors de fêtes facilitent l'entrée dans la fête, prolongent l'euphorie et constituent en quelque sorte une parade contre l'ennui,* nous dit P.G. Coslin qui remarque (2007) : *Pour un jeune, l'ennui dans une fête est assimilé à un échec identitaire, à une infraction à l'encontre d'un présent qui devrait être vécue dans la joie. Pour y remédier, il faut « **expérimenter** ». La nature des jeux porte alors sur la **compétition** et la mise en avant de l'exploit, du courage et de la compétence, par exemple à travers une bonne maîtrise des quantités absorbées. Ces jeux impliquent des **défis** et des paris. Le déroulement et les résultats des **mises à l'épreuve permettent l'expression de jugement de valeur de la part des***

pairs, *jugements qui marquent l'estime et la popularité ou manifestent au contraire la mésestime. Ces jugements associent à chacun une certaine image, une « réputation » tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de son groupe.*

***En ce temps de quête identitaire qu'est l'adolescence, en cette période où l'estime de soi est si fragile, ces jeux sont un moyen simple de prouver et de se (s'é)prouver qui on est.*»** **Mais si ludiques soient-elles, ces conduites de jeux à boire peuvent déraper, d'autant plus facilement quand il s'agit des premières expérimentations et que les limites, mal connues, sont rapidement franchies.**

2.2.3. Cas clinique : Amélie essai raté ou essai transformé ?

Ce fut par exemple le cas d'Amélie, 15 ans admise **inconsciente** aux urgences pédiatriques un samedi soir. Amélie présentait un état de **coma éthylique**, avec une alcoolémie mesurée à son arrivée à 2,4 g/l, état nécessitant son transfert en **réanimation** pour une surveillance de 24h. Hospitalisée 48 heures de plus dans le service de pédiatrie, les suites somatiques se révélèrent simples et Amélie, ainsi que ses parents, acceptèrent sans difficulté la rencontre avec le pédopsychiatre.

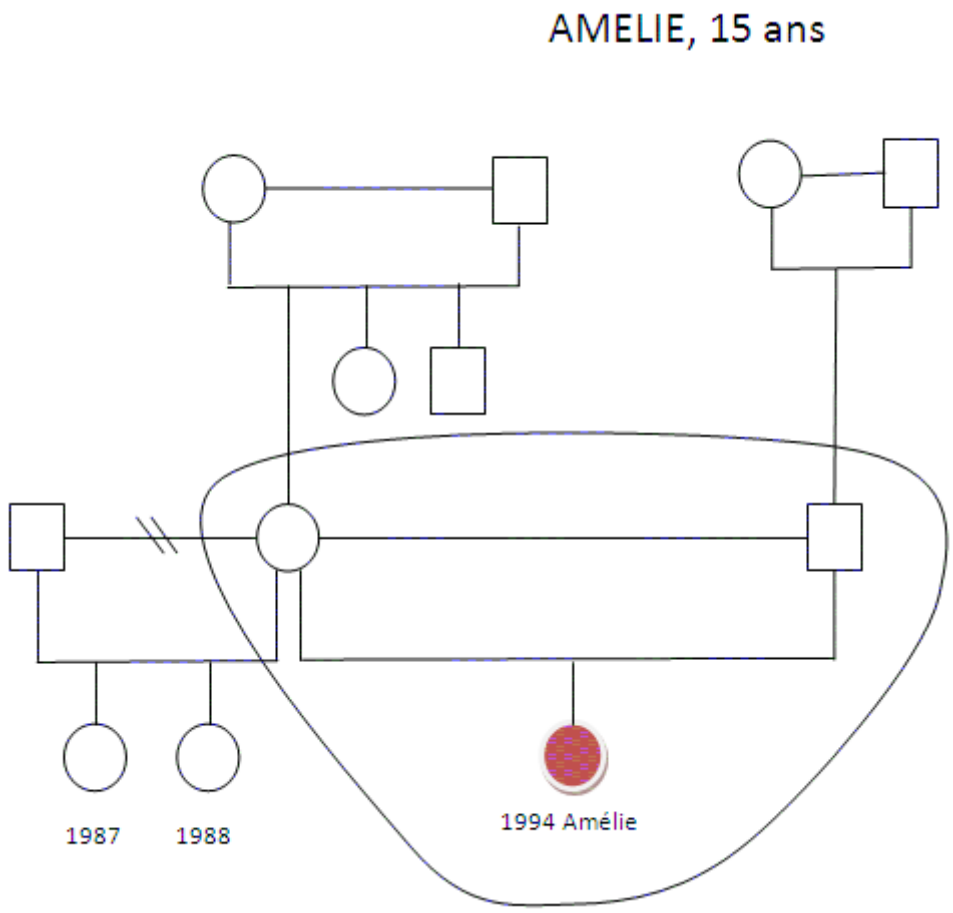
Jeune fille frêle qui semble physiquement encore à peine entrée dans l'adolescence, Amélie paraît timide, ou en tout cas **intimidée par le contexte de notre rencontre** et elle souhaite la présence de ses parents à l'entretien ; **elle s'installe d'ailleurs entre eux**. Ces sont eux qui vont, à sa demande, raconter le **contexte de son alcoolisation**, qu'ils qualifient d'emblée d' « **exceptionnelle** ». L'ivresse s'est produite **au cours d'une soirée entre amis**, un samedi soir, soirée que les parents avaient autorisée. Amélie avait obtenu la permission de minuit. Sa mère ajoute qu'ils pensaient que les parents de l'ami qui organisait la soirée seraient présents, ce qui n'était pas le cas. Ils ont été contactés par la gendarmerie à 22 heures et ont appris que leur fille venait de faire un **malaise.** Ils se sont alors rendus sur les lieux de la soirée et y ont trouvé leur fille dans le camion de pompiers, inconsciente. Il y a **beaucoup d'émotion à ce moment**, les deux parents se relayant pour mieux détailler un récit qui en

devient presque épique. **Amélie reste strictement silencieuse, la tête baissée, tout dans son attitude indique une attention extrême à ce que peuvent dire ses parents.** C'est d'ailleurs la **première fois qu'elle entend leur version** de l'histoire. Au départ d'Amélie vers les urgences, les parents ont parlé aux copains de leur fille présents à la soirée. « **On ne pouvait pas croire ce qu'ils nous disaient, on n'y croyait pas** » insiste plusieurs fois la mère. Amélie s'était semble-t-il **procuré une bouteille, par l'intermédiaire de sa grande sœur** de 23 ans. Elle a bu une partie de la bouteille avec deux autres copines avant d'aller à la soirée où elle est donc **arrivée alcoolisée**. Elle a continué à boire pendant la soirée jusqu'à tomber, inconsciente. Cette version si incroyable pour les parents a été confirmée à son réveil par Amélie, ce qui les a sidérés à nouveau. « On est tombés des nues » dit la mère, « **ça ne colle pas du tout avec le personnage** » ajoute le père, « Amélie sort très peu, elle ne boit pas du tout ». Sa mère est aux bords des larmes. **Ils prennent brutalement conscience que la traversée tranquille de l'enfance arrive à son terme, et qu'ils ont face à eux une Amélie qu'ils ne connaissent plus tout à fait**. Les parents ont été encore plus surpris du rôle joué par la grande sœur, qu'ils décrivent aujourd'hui comme très culpabilisée. Les parents sont convoqués par la gendarmerie, ils ne savent pas exactement pourquoi, mais il semble que ce soit le cas de tous les parents des jeunes présents à la soirée.

Après ce récit, il est possible pour Amélie de s'engager un peu plus dans l'échange. Elle m'apprend qu'elle est en seconde générale dans un établissement public rural, peu distant de son domicile. Elle fait le trajet en bus le matin, sa mère vient la chercher le soir. **L'entrée en seconde a été « un peu difficile »** selon Amélie. Elle suit une scolarité moyenne, peine surtout en anglais et en physique mais aime les maths, de plus en plus précise-t-elle. Il y a une **bonne ambiance dans la classe**, bien qu'Amélie la trouve un peu dissipée. Elle a l'impression de s'être bien intégrée, même si elle se dit timide et parle peu en classe. Dans un second temps, elle ajoutera qu'elle est **plus stressée cette année par le travail scolaire**. Par ailleurs, Amélie est **passionnée** de basket, y joue en club, depuis qu'elle a six ans. Elle y consacre quelques heures par semaine, pour l'entraînement et le match du week-end. Elle joue avec de jeunes adultes, faute d'effectifs suffisants en juniors et s'est **bien intégrée.** Amélie **prévoit de faire un bac STG** (Sciences et Techniques de Gestion) et se verrait bien dans l'informatique, sans idée plus précise.

Concernant sa famille, Amélie vit désormais seule avec ses deux parents, ses deux sœurs aînées de 25 et 23 ans ayant quitté le domicile familial depuis plusieurs années déjà. Son père est brocanteur et sa mère ambulancière. Il est fils unique, originaire du département ;

elle est l'ainée d'une fratrie de trois dans une famille de la région de Montpellier. **Dans la famille, l'alcool est peu consommé.** « Pas du tout » par le père, par goût précise-t-il à ma demande, très peu par la mère qui boit « un pastis de temps en temps ». **A leur connaissance, il n'y a pas de problème d'alcool dans la famille, celle du père n'en consommant jamais**. Concernant les sœurs, l'aînée est aide-soignante et a un petit garçon de bientôt 5 ans. Elle est séparée du papa depuis peu, cela a l'air douloureux pour la grand-mère. La seconde sœur est comptable, dans le milieu hospitalier comme sa sœur et sa mère. Celle-ci ajoute qu'elle « a été **un peu difficile à l'adolescence, elle est partie de la maison à 18 ans.** Elle a galéré au niveau professionnel » mais à un travail et des relations en apparence plus paisibles avec ses parents aujourd'hui.



La deuxième partie de l'entretien se fait avec **Amélie seule** et semble-t-il plus tranquillisée. Je suis à nouveau frappée par le **décalage entre son apparence sage** (dans sa coiffure, son attitude, sa tenue vestimentaire), plutôt inhibée, **et la raison de notre rencontre**. Elle accepte maintenant de revenir sur l'épisode d'alcoolisation. La soirée avait une **consigne : ramener une bouteille**. Elle a demandé de l'aide à sa sœur qui lui a procuré une bouteille de Get 27 (boisson alcoolisée à 27°, au goût de menthe et très sucrée, à boire diluée).

Il était prévu qu'elle retrouve deux copines chez l'une d'entre elles avant la soirée, « pour arriver ensemble ». Elles ont bu trois verres de produit pur, non dilué, en vingt minutes. **C'était la première fois qu'Amélie consommait de l'alcool**, contrairement à ses deux copines. « Pour faire comme les deux autres » selon Amélie qui ne recherchait pas d'effet particulier à cette consommation. Elle a du mal à décrire les effets ressentis : « la tête qui tourne », « bizarre quand je marchais », « je ne me suis pas sentie ivre, les autres ne l'ont pas vu non plus ». Elle n'a en tout cas pas perçu d'effets euphorisant ou désinhibant. **Elle semble bien en peine d'expliquer ce qui l'a poussée à consommer autant. « Les autres le faisaient alors… »** Elle a conscience du danger qu'elle a couru et semble en particulier marquée par l'épisode de « coma prolongé » selon ses termes. « Les médecins ont dit à mes parents, soit je me réveille, soit je me réveille pas », elle semble encore impressionnée par cette phrase. Elle ajoute qu'elle aurait pu mourir étouffée d'après le récit de ses copains : « J'avais la langue coincée dans la gorge et les mâchoires crispées, j'aurais pu m'étouffer, un copain m'a mise en position de sécurité ». On perçoit qu'**un certain sentiment d'invulnérabilité a été attaqué par cette expérience et qu'Amélie prend concrètement conscience de sa mortalité possible.** Ce qu'elle retient de son aventure à quelques jours de distance ? La réponse ne se fait pas attendre : « Elle n'a plus envie de boire, jamais ! ». Ces parents lui ont interdit les soirées pour l'instant, de toute façon, elle préfère ne pas y aller…

Amélie ne présente **aucune autre conduite à risque addictif**. Elle n'a jamais fumé de tabac ni de cannabis et dit ne pas en avoir l'intention. Sa pratique sportive est adaptée à son âge. Concernant l'alimentation, « c'est plus compliqué » selon elle : elle « ne mange pas de tout », se dit très sélective sur la viande, les légumes et les fruits, son choix semble plutôt guidé par ses goûts que par des croyances ou une recherche de contrôle de poids. Son régime alimentaire est équilibré et elle s'est nourrie normalement pendant l'hospitalisation. Elle mesure 1, 62 m et pèse 46 kg, son BMI est donc de 17, 53, ce qui est à la limite inférieure de la normale. Elle n'a pas une morphologie encore très féminine, ne se trouve pas grosse. **L'anamnèse ne retrouve pas d'antécédent psychopathologique particulier**. Son sommeil est généralement bon même si elle dit avoir « un peu de mal à se recaler depuis les vacances » (la rentrée date de quelques jours). Le moral « ça va », quoique « un peu stressée par le travail scolaire, il y en a beaucoup cette année », et elle « **se met la pression** ». « Ca reste gérable » selon elle. On ne note **pas d'élément en faveur d'un syndrome dépressif.**

L'évaluation somatique, pédopsychiatrique et sociale au cours de ces 48 heures d'hospitalisation n'a pas retrouvé d'éléments de gravité autres que celui de la raison de son admission. L'expérience a fortement marqué Amélie comme ses parents, il semble qu'il leur faut d'un peu de temps pour intégrer dans leur fonctionnement personnel et familial ce que la conduite d'Amélie vient signifier à tous. Nous convenons de nous revoir à distance de l'hospitalisation, dans deux mois.

Amélie revient donc en consultation au retour des vacances de février, elle est accompagnée de son **père, qui reste dans la salle d'attente à la demande de la jeune fille**. Il lui faut peu de temps pour retrouver ses marques dans la relation que nous avons engagée deux mois plus tôt.

Elle n'a plus le droit de sortir le soir commence-t-elle, pendant cinq mois en tout soit jusqu'aux grandes vacances. Cette mesure n'est **pas injuste selon elle**. Elle a été invitée à plusieurs soirées depuis, mais décline sans en parler à ses parents, sait qu'ils vont refuser. Sa position vis-à-vis de l'alcool s'est légèrement assouplie : elle ne veut pas boire « tant que je serai mineure ». Ce qu'elle retient aujourd'hui de son expérience, c'est « **la honte** » ressentie devant ses parents. « Ils pensaient pas que je pourrais boire à cet âge et autant que ça. Quand j'ai réalisé que j'avais fait ça, je n'arrivais pas à y croire : me réveiller à l'hôpital, ne me rappeler de rien… **Je ne sais toujours pas pourquoi j'ai fais ça** ».

Cette pré-soirée était inhabituelle pour Amélie, qui n'était sortie que très peu jusqu'alors. Elles étaient **stressées d'aller à cette soirée**, une des copines a proposé de boire avant ; les deux autres ont hésité mais sont tombées finalement d'accord. Amélie n'a pas trouvé ça très agréable ni très amusant. C'était sa première « véritable » expérimentation de l'alcool, elle avait juste goûté du Champagne dans le fond de verre de ses parents à une fête de famille vers l'âge de 11 ans et goûté au cidre une fois dans une crêperie. Nous revenons sur ses ressentis qu'elle avait tant de mal à mettre en mots il y a deux mois : « Au début, on a la tête qui tourne, c'est bizarre, à la fois plaisant et déplaisant », « on commence à avoir du mal à marcher », « on est moins conscient de ce qu'on fait, de ce qui arrive », « ensuite, il y a eu les vomissements, je dormais à moitié, j'étais allongée, il y en avait qui s'occupaient de moi ». Puis le coma. Son visage se fait grave. « Certains m'ont dit qu'ils avaient déjà vécu ça mais je ne crois pas, pas à ce point ». Elle **se fait silencieuse, plongée dans ses pensées.**

Elle continue sur sa lancée « **L'alcool, c'est pour ceux qui veulent faire comme les grands,** mais en dessous de 15-16 ans, c'est jeune, après on peut boire un peu mais pas trop … Quand on boit trop jeune, on risque de s'habituer plus tard, et on tient moins bien… **L'alcool, c'est pas pour quelqu'un qui a des problèmes** ». Elle revient sur sa propre expérience. « Quand je suis retournée à l'école, les gens n'osaient pas m'en parler, mais j'en entendais qui m'appelaient « 2,4 » (en rappel de son alcoolémie de 2,4g/l). Je suis allée les voir, je leur ai dit que c'était pas drôle, des copains m'ont soutenue. Dans sa classe, ils ne sont pas très nombreux à aller souvent en soirée (environ un tiers), les filles sont décrites comme plutôt réservées et « intellos ».

Son expérience des produits psychoactifs est très limitée. La cigarette ? « Ca sert à rien, je vois pas l'intérêt de fumer…essayer pour voir quel goût ça a… mais bon, ça se fait pas trop (dans son groupe) ». Le cannabis ? « C'est une drogue, ça peut être dangereux pour la santé, ça attaque le cerveau, un peu comme avec l'alcool… Pas du tout envie d'essayer, on ne sait pas trop ce qu'on dit, on ne sait pas trop l'effet… certains ont essayé et ont aimé, ils n'arrivent pas à s'en défaire… dans la classe, beaucoup ont essayé, ils fument dans les soirées, mais pas tous les jours ». L'alcool ? « Ca peut être dangereux… Ca peut aussi être bien si on en consomme pas beaucoup, si on boit juste comme ça… »

Nous concluons l'entretien sur son retour d'expérience. « **Maintenant, je sais comment faire** si quelqu'un fait un coma », dit-elle en se redressant ; elle a appris à mettre quelqu'un en position latérale de sécurité et la « conduite à tenir » devant un coma lors de son hospitalisation et tient à me réexpliquer ».Elle **semble avoir pris en assurance**. Sur ce que cette expérience lui a appris sur elle ? « **Je ne me connaissais pas complètement**…Si un jour je rebois, je saurais quand m'arrêter, pas plus de cinq verres… en tout cas, il faut s'arrêter dès qu'on commence à sentir que l'alcool monte. » Sur ses parents ? « Ils ont bien réagi sur le coup et après ». Elle semble **rassurée par leur attitude, tant de fermeté que de sollicitude.** Même si elle aimerait bien sortir, elle ne remet pas en cause la punition de ses parents. Sur ses copains ? « Certains ont pris ça à la rigolade, d'autres se sont inquiétés alors que je pensais pas… je me suis rapprochée d'eux, **je connais mieux mes amis** ».

La fin de l'entretien se fait avec le père d'Amélie. Il revient sur l'effet de « surprise » extrême que cet épisode a suscité. Ils n'ont pas vu grandir leur petite dernière, « il faut dire qu'elle est tellement sage et discrète d'habitude », on imagine la **différence avec l'autre sœur qui a eu une adolescence décrite comme bruyante et conflictuelle**. Cela reste un

souvenir « difficile » pour les parents. Il y a **indéniablement pour l'ensemble de la famille un « avant » et un « après » cette soirée qui a manifesté à l'ensemble de la famille l'entrée « fracassante » d'Amélie dans l'adolescence.** « Il faut que ça cicatrise », conclut le père en prenant la main de sa fille, « elle est punie jusqu'à la fin de l'année mais on lui fait confiance, elle nous à même montré comment faire si un de ses copains a le même problème un jour. ». En cas de besoin, Amélie sait qu'elle dispose d'un espace où s'adresser (La Maison des Adolescents).

Amélie semble bien engagée dans le travail de l'adolescence, de même que ses parents. Cette expérience, qui a manqué d'être dramatique, n'est pas banalisée et vient prendre sens pour l'ensemble de la famille. La route à venir est incertaine, mais ils semblent disposer des ressources nécessaires pour accompagner « leur petite dernière » sur le chemin.

A l'adolescence, le bouleversement de l'équilibre interne du sujet engendre un état de déséquilibre et de nouveaux modes d'être au monde, impliquant souvent des transgressions. Transgresser, c'est passer outre ; notion dynamique l'apparentant à la progression : la transgression s'avère nécessaire à l'adolescence dans la mesure où elle permet au jeune de progresser et de rompre avec ces images parentales qui étaient structurantes pour l'enfant mais qui ne suffisent plus à son actuel développement. Cette rupture manifeste la maturité sexuelle et le choix d'un autre cadre que le cadre œdipien. Rompant avec l'ordre parental et avec l'ordre social, la douce et timide Amélie provoque. Mais cette rupture est aussi ouverture, accession à de nouvelles relations avec son environnement familial, amical. S'il y a transgression, il y a aussi transaction ; le rejet des images parentales étant le prélude à de nouveaux attachements, pour pouvoir accéder à l'autonomie.

2.2.4. De la conduite d'essai à la conduite de risque, une question de limites ?

« *Dans l'alcool, tout est réuni symboliquement pour être à cet âge incontournable et fascinant* » nous dit M. Le Fourn (2007). Mais si les conduites d'alcoolisations aiguës peuvent contribuer à une meilleure connaissance de soi, de ses limites et de son environnement par

l'adolescent, elles peuvent s'intégrer dans un corpus de symptômes signant un mal-être plus inquiétant du jeune qui n'a pas trouvé dans cette prise de risque une limite contenante. Pour reprendre les propos de S. Hefez (2007) : *« C'est toute la dualité du produit qui se joue à l'adolescence : pour certains, il permet la prise d'indépendance, pour d'autres, qui créent un lien privilégié avec le toxique, il la rend impossible* », signant l'entrée dans une consommation problématique.

2.3. L'ivresse en tant que conduite de risque.

L'alcoolisation aiguë des adolescents est souvent intégrée dans le groupe toujours élargi des « conduites à risque ». Qu'est-ce qu'une conduite à risque, une conduite risquée ou une conduite *de* risque ? L'approche anthropologique souligne l'évolution du regard de la société porte sur ces conduites. Le respect de la vie humaine est devenu dans notre société moderne individualiste la valeur suprême comme en témoigne l'importance accordée à la santé et à la sécurité. Pour A. Charles-Nicolas et M. Valleur (1996), « ***le goût du risque et le flirt avec la mort représentent donc pour nos sociétés modernes la résurgence paradoxale d'un univers que nous avons voulu éliminer*** ». Paradoxe conjoncturel qui viendrait s'inscrire en miroir des paradoxes structurels de l'adolescent utilisant alors « *la prise de risque comme une arme majeure dans le conflit des générations* » ? **Quelle est la fonction d'une ivresse massive dans l'économie psychique de l'adolescent ? Que vient-il risquer ou mettre en jeu par cette conduite ?** Certaines intoxications alcooliques aiguës de l'adolescent peuvent-elles être considérées à travers une problématique de recherche de limites de soi et/ou de mise à l'épreuve de l'autre dans un contexte de prise de risque « pour le risque » ? En dehors de ses conséquences immédiates précédemment exposées, quels sont « les risques du risque » sur les plans psychopathologique et développemental ?

2.3.1. Les conduites à risque, parfois nécessaires à l'adolescence.

Selon la définition proposée par J. Adès (1994), les conduites de risques correspondent à « *l'engagement* ***délibéré*** *dans des situations dangereuses pour soi-même et éventuellement*

pour autrui, comportement non imposé par des conditions de travail ou d'existence, mais ***recherché activement pour l'éprouvé de sensations fortes****, du jeu avec le danger et souvent la mort* ». Toute conduite de risque est donc une **conduite agie**. Si toutes sont influencées par des facteurs environnementaux et subissent également des influences internes, elles sont remarquables par la diversité d'influence et la diversité des formes de mises en acte. Elles peuvent s'intégrer dans un registre de comportements socialement valorisés (sports extrêmes) ou de comportements déviants (alcool-défonce, scarifications, fugues), voire délinquants (prise de drogues illicites, vols).

2.3.1.1. Pourquoi des conduites à risque ?

P. G. Coslin (2003) s'est interrogé sur les interprétations qui ont été faites de ces conduites selon des points de vue social, sociétal et développemental.

Les conduites à risque viennent d'abord **interroger les rapports de l'adolescent à la société.** Elles vont souvent de pair avec la quête des nouvelles limites et la recherche d'autonomie. Pour J. Selosse (1998), ces conduites se situent à l'interface du connu et de l'inconnu, s'opposant fréquemment aux normes et transgressant les règles, elles permettent, grâce au dépassement de soi et à la remise en cause des rapports préétablis, d'**apprécier la signification réelle des conduites sociales et individuelles**. Dans l'engagement de reconstruction sociale de négociations, leurs déviations s'avèrent moins des dysfonctionnements que des ajustements et repérages. Cet engagement manifeste la volonté de **contrôler son environnement, mais aussi son propre comportement, étape cruciale de l'autonomisation.**

De plus, selon la perspective historique développée par D. Lebreton (2000), les temps modernes ont rendu l'individu autonome et en sécurité, non soumis aux contraintes antérieures, libre de son devenir et par conséquent à la recherche d'un sens à donner à sa vie. **En quête d'un sens à donner à son existence, l'adolescent par ses conduites à risque interroge le signifiant ultime qu'est la mort, pour savoir si vivre a encore une signification.**

P.G. Coslin (2003) intègre quant à lui les conduites à risque dans une perspective développementale, soulignant les caractères psychologiques inhérents à cette période de la vie qu'est l'adolescence. « ***La transition adolescente est structurellement une période à risque*** ». Ces conduites exercent un rôle d'**extériorisation d'un conflit**, conflit tant avec les normes prescrites par la société qu'avec les contraintes imposées par les parents. Outre l'**expression d'un désir d'indépendance**, cette conflictualité peut donc aussi correspondre à l'extériorisation du stress et de l'angoisse de jeunes confrontés à de multiples pressions tant intrapsychiques qu'interrelationnelles. Qu'elles **expriment un sentiment d'invulnérabilité** ou qu'elles soient un exutoire, les conduites à risque sont indissociables de l'univers des jeunes, **contribuant même à la construction de leur personnalité**. Il rejoint J.P. Assailly (2003) pour qui ces conduites prennent place au sein d'un « *continuum symbolique de besoins* » dont les deux pôles ont été décrits par R. Callois (1958): d'un côté **l'*Ilinx***, correspondant à la sollicitation au vertige, la recherche du frisson, du spasme, de la sensation, qu'on retrouve par exemple dans l'effet psychotrope du produit ; et de l'autre **l'*Agon,*** c'est-à-dire la mise à l'épreuve de soi et la recherche du dépassement des limites qu'on retrouve dans le *binge drinking* où il s'agit d'aller jusqu'au bout de la nuit, jusqu'au bout de soi. Pour autant, J. P. Asailly (2003) insiste sur l'importance de ne pas confondre prise de risque et déviance : « *la principale tâche développementale de l'adolescence est la formation de l'identité personnelle qui suppose des expérimentations, des conduites d'essais (et d'erreurs…) à propos des styles de vie ; la transition d'un stade développemental à un autre suppose d'**abandonner les équilibres qui fondaient les phases précédentes, d'en construire d'autres qui permettront de mieux faire face** … On ne fait pas d'omelettes sans casser des œufs*. «

Mais si le risque est inhérent au vivant, et que la prise de risque est la condition du développement, il reste que ces conduites sont souvent réellement destructrices tant pour soi-même que pour les autres. Certains adolescents, dont l'environnement et/ou les assises narcissiques ne leur garantissent pas un sentiment minimal de sécurité et de confiance peuvent trouver dans les conduites à risque un moyen d'éprouver les adultes, au triple sens du terme – tester leur résistance, ressentir leur présence et les mettre à mal. Ces adultes sont interpellés afin de venir manifester dans la réalité concrète et non plus seulement sur le plan symbolique les limites qui viennent leur assurer une sécurité et une protection leur permettant de mener à bien leur construction identitaire, ainsi qu'une réassurance sur leur propre valeur par l'attention qui leur est portée.

2.3.1.2. Cas clinique. Sandrine : l'ivresse et le mal de mère.

Premier contact : les urgences pédiatriques.

Sandrine est une jeune fille de 15 ans et 2 mois. Elle est admise pour la première fois en fin d'après-midi aux urgences pédiatriques pour un « **malaise** » faisant suite à une alcoolisation. Elle est accompagnée de son père. Le pédiatre qui la reçoit ce jour-là aux urgences note l'anamnèse suivante : « Pas de collège l'après-midi (jour de grève), était chez un copain, a bu une bière vers 16h 30 puis malaise avec prodrome dans le bus de type vagal. ».

Le pédiatre rajoute « en fait **Sandrine « va mal » selon son papa** depuis plusieurs années » et précise « beaucoup de culpabilité de Sandrine par rapport au décès de sa maman ». Il rapporte quelques données sur le milieu familial : la mère de Sandrine est **décédée il y a 3 ans**. Il semble que Sandrine ait bénéficié d'une prise en charge psychologique à cette époque. Elle a une sœur de 22 ans. Le père a une nouvelle compagne qui a une fille de 10 ans. Concernant la scolarité, on apprend que Sandrine est en quatrième DP (découverte professionnelle) et qu'elle a changé d'école après le premier trimestre sans que ce changement ne semble très positif. En effet, Sandrine a des **problèmes de comportement à l'école et à la maison**. Elle a des **idées noires** et décrit une **tentative de suicide** médicamenteuse il y a un mois dont elle n'a pas parlé à son père.

Elle refuse l'hospitalisation dans le service de pédiatrie proposée, et est soutenue dans son souhait par son père. Elle accepte en revanche de revenir en consultation de pédopsychiatrie et est demandeuse de reprendre un suivi. Une consultation est donc programmée pour la semaine suivante avec l'interne de pédopsychiatrie. Sandrine rentre chez elle avec son père.

Deuxième contact : la consultation de pédopsychiatrie

Premier temps : père et fille

Sandrine est ponctuelle. Elle est accompagnée par son père qu'elle choisit de convier à la première partie de l'entretien. Nous faisons connaissance en reprécisant le contexte de cette rencontre. Sandrine est une jeune fille d'apparence plutôt « passe-partout », on ne note aucune excentricité dans sa tenue. Son visage est en partie caché par ses cheveux longs, d'autant qu'elle baisse la tête quand ce n'est pas elle qui parle. En revanche, elle la relève quand elle prend la parole, son regard est alors direct bien que triste, ni fuyant ni hostile.

Son père m'apprend que Sandrine a bénéficié d'un suivi pédopsychiatrique vers l'âge de 11 ans. Quand je l'interroge sur les circonstances qui ont motivé ce suivi il précise que celui-ci a en fait consisté en quelques séances de soutien par un psychologue « au Centre Gauducheau » (le centre de cancérologie de Nantes) dit-il d'un air entendu sans s'étendre plus avant. Sandrine m'interroge du regard pour savoir ce que je sais de sa situation. L'atmosphère est lourde. Je lui demande si elle se souvient de cette prise en charge et si c'était pendant la fin de vie de sa maman ou après son décès. Sandrine interroge son père du regard, il lui répond, « c'était avant et après » et me précise : « elle a souhaité arrêté alors on n'a pas continué ».

Sandrine ajoute alors qu'elle **demande depuis quelques mois à reprendre un suivi « pour redevenir normale ».** Le père, interpellé par sa fille, ajoute que depuis son passage aux urgences la semaine dernière, il a pris rendez-vous avec un pédopsychiatre en ville, la première rencontre est prévue dans dix jours mais il ne se souvient plus du nom du praticien. Il pense que c'est une bonne idée que Sandrine rencontre un professionnel, lui-même a d'ailleurs été « suivi pendant quelques temps » par différents psychologues du centre Gauducheau. Il dit en avoir tiré bénéfice et encourage sa fille dans cette démarche. Sur ce, Sandrine manifeste à son père le souhait de poursuivre la consultation seule, elle parait agacée par la dernière intervention de son père... Il quitte donc la pièce en laissant ses affaires sur sa chaise.

Deuxième temps : Sandrine seule

Sandrine chaise, elle a manifestement rapproche sa des choses à dire, je me cale dans la mienne. Elle me dit alors sur le ton de la confidence : « En fait je n'ai pas pris beaucoup d'alcool, juste quelques bières, c'était surtout pour donner une explication à son père sur mon malaise ». Devant mon regard interrogateur elle précise : « Mieux vaut me faire engueuler pour ça que pour autre chose », autre chose étant finalement ses fréquentations, à savoir son ami Vincent. On a fumé du shit, un joint pour tous les deux, « du poisson » ajoute-t-elle d'un air entendu. Devant mon ignorance, elle est obligée d'avouer la sienne, elle ne sait pas vraiment ce que c'est au juste le « poisson ». Du poison peut-être ? Elle sourit : « possible, j'ai vomi après ». J'en profite pour l'interroger sur ses consommations.

Sandrine **fume quotidiennement, environ 10 cigarettes** blondes par jour, elle fume depuis deux ans, elle n'a aucune envie d'arrêter et ne s'estime pas dépendante puisqu'elle peut s'abstenir pendant quelques jours. Elle ajoute immédiatement, « enfin c'est dur quand même ». Concernant le cannabis, elle a fumé son **premier joint il y a un an**, pendant la fête du nouvel an ; elle a le sourire aux lèvres à l'évocation de ce qui a manifestement été un bon souvenir : « j'avais la tête dans les nuages, je rigolais trop ». Elle se reprend alors que je ne lui demande rien : « Mais j'en ai pas besoin pour aller bien ». Depuis, elle fume en soirée « pour rigoler « ou « pour se défoncer ». Accessoirement aussi les après-midi de désœuvrement avec son copain, mais elle ne le mentionne pas. Elle n'a encore jamais essayé d'autres toxiques de type ecstasy ou cocaïne et ne semble pas tentée. Concernant l'alcool, elle m'apprend qu'elle **boit régulièrement à son domicile** avec Marine, sa meilleure amie « une bière chacune », « pour rigoler ». Elle consomme également de l'alcool pendant les fêtes mais dit ne jamais y avoir été ivre, « plutôt défoncée à cause du shit », le cannabis semble être effectivement son mode privilégié de « défonce ». Par contre, elle ajoute qu'elle a déjà été **ivre une fois**, il y a peu de temps et que cela a été une très mauvaise expérience « **le bad complet** » ; elle a beaucoup pleuré. Elle a bu avec « sa soeur de coeur » (qui n'est pas Marine) une bouteille de vodka. « On voulait rigoler, elle, elle a l'habitude de boire de l'alcool, elle tient mieux que moi. Moi, j'ai vomi, je ne marchais plus droit ». « **Ma belle-mère s'en est peut-être rendue compte**, elle est rentrée peu après, mais elle n'a rien dit à mon père ». Quand je lui demande quelle différence elle fait entre le cannabis et l'alcool, elle répond que le cannabis c'est « pour

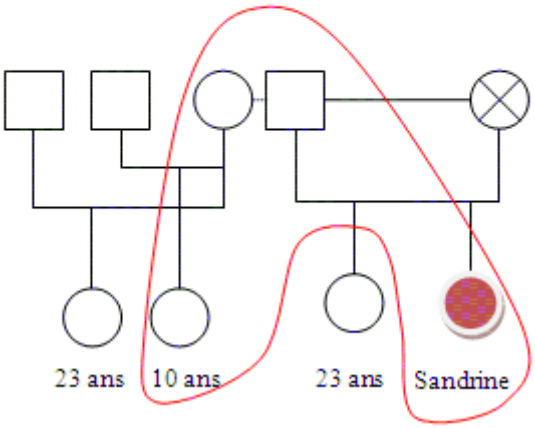
faire n'importe quoi », « rigoler », « quand on s'ennuie ». L'alcool c'est plus « comme ça », « quand on a soif » (soif de quoi ?), « parce que tout le monde boit pendant les fêtes ».

Sandrine poursuit ensuite sur sa relation avec Vincent. C'est sa **première histoire d'amour**, ils sont sortis ensemble pendant plusieurs mois, il y a eu rupture, réconciliation, tromperie, re-rupture, autre amourette, nouvelle réconciliation etc. Ce fameux après-midi du malaise, le fameux Vincent lui a dit qu'il l'aimait « pour la première fois ! C'est ça qui m'a fait…. ». Depuis, elle se sent heureuse, amoureuse. La seule ombre au tableau, c'est son père ; il n'aime pas Vincent, « parce qu'il m'a fait souffrir ».

C'est l'occasion d'évoquer les **relations avec son père** en particulier et la famille en général. La relation avec son père est plutôt **tendue en ce moment** ; il lui reproche « t'es pas comme avant », « t'es bizarre ». Etrangement, elle avalise le jugement de son père : « **Je fume, je bois, je réponds aux profs, je me fais virer du bahut, je parle mal à ma belle-mère et à ma sœur** ». Je demande à Sandrine depuis quand elle a changé selon elle. « Avant le décès de ma mère » affirme-t-elle d'un ton quasi péremptoire. Un **lourd silence** chargé d'émotions suit alors, le visage de Sandrine est triste, son regard dans le vague. Après un moment qui me paraît long, elle semble revenir dans la rencontre. Je lui demande ce qu'elle attend d'un suivi psychologique. Elle répète **« redevenir normale », « redevenir comme avant »**. Elle continue sans beaucoup d'intervention de ma part : « accepter qu'elle est partie », « **on me dit qu'il faut que je fasse mon deuil mais moi, je sais pas c'est quoi le deuil** ; j'ai l'impression que mon père et ma sœur ont fait le deuil, que je suis la dernière, je reste toute seule avec elle ». Elle conclut : « pour débloquer ce qu'il y a dans ma tête ». Sandrine évoque finalement sa mère dont la cause du décès m'est toujours inconnue. Je lui demande donc car ce non-dit me perturbe sans que je sache pourquoi je tiens vraiment à savoir de quoi est morte sa mère. Sandrine me répond : « elle a fait **quatre cancers** ». Devant mon étonnement, elle énumère : d'abord un cancer du sein, puis un cancer de la peau du sein, puis un cancer du cerveau puis un cancer de ce qu'il y a dans la colonne vertébrale ». Pendant une seconde j'ai une représentation d'une **mère éclatée en morceaux** avant de penser « cancer généralisé ». J'apprends alors que sa mère est morte en 2003, **la temporalité de cette période parait floue dans l'esprit de Sandrine** et en effet il ne s'est donc pas écoulé trois ans mais presque le double depuis son décès. Le temps semble long à Sandrine en l'absence de sa mère.

Il est largement temps de clore l'entretien et je conclus avec Sandrine le sujet de sa famille en esquissant le croquis de celle-ci. Elle s'étend peu sur sa belle-mère et sa « demi-sœur » de 10 ans avec qui elle vit mais ses propos sont plutôt positifs voire tendres avec elles. Sa **sœur** de 23 ans ne vit plus au foyer ce qu'elle semble regretter. On perçoit à son ton que cette grande sœur est une référence et une source d'admiration pour elle.

Sandrine, 15 ans



Nous concluons sur son quotidien et notamment le collège. Sandrine est donc en 4ème DP et fait actuellement un **stage d'esthétique**. « Ca me plaît, précise-t-elle concernant le stage avant de modérer au sujet de sa classe : ils nous prennent pour des attardés (…) je suis la seule fille dans une classe où il n'y a que des garçons (…) je ne fais rien parce que le niveau est nul alors du coup, même si c'est débile, je galère ». Elle ajoute avec un soupir : « **Je donnerai tout pour retourner dans le général** ». Je l'interroge sur ses projets pour l'année prochaine. Elle envisage de faire une 3ème PVP (préparation à la vie professionnelle) pour faire un BEP esthétique. Mais Sandrine **voudrait changer de collège**, elle veut aller dans un établissement privé qui propose une formation spécifique en esthétique. Mais cela est source de frictions avec son père qui lui dit : « Que si tu as des bonnes notes et que tu corriges ton comportement, sinon je ne payerai pas ».

Conclusion de l'entretien : de nouveau père et fille

Je convie le père de Sandrine à nous rejoindre pour conclure l'entretien. Je leur confirme que cela semble une bonne idée que Sandrine puisse rencontrer un psychothérapeute puisqu'elle en perçoit le besoin, en fait la demande et en a les capacités. Je leur souligne alors ses **bonnes capacités à s'exprimer** et la **pertinence de son regard sur ses difficultés**. Le **père confirme l'intelligence de sa fille et son sentiment de gâchis vis-à-vis de sa scolarité**, ce qui est l'occasion d'évoquer les difficultés scolaires actuelles de Sandrine. Je propose alors de la revoir afin d'affiner l'évaluation de ses difficultés dans ce domaine avec un des enseignants spécialisés attachés au service, dans le but de **soutenir un projet d'orientation investi par Sandrine.** Ce qui lui permettrait par la même occasion de ne pas se sentir « lâchée » en attendant de nouer une relation avec un psychothérapeute. Fille et père acceptent cette proposition. Nous convenons de nous revoir dans deux semaines.

Réflexions psychopathologiques.

Le cas de Sandrine présente l'intérêt d'être au cœur de la problématique adolescente où les **enjeux narcissiques et objectaux** sont mis en exergue par ses conduites à risque. Cette adolescente sur le fil traverse les tumultes de l'adolescence telle une funambule mais l'équilibre paraît très fragile, le chemin encore long et le balancier chargé de substances douteuses et de fantômes pesants…

On peut percevoir schématiquement les écueils qui émaillent le processus d'adolescence chez cette jeune fille :

- comment faire le **travail de deuil et de séparation**, d'abandon des objets initiaux lorsque l'on a été abandonné par l'un des deux et que l'expérience de séparation est une expérience de mort ?

- comment **investir de nouveaux objets** quand les premier objets d'amour se sont révélés si fragiles, si peu fiables si vulnérables (mère morte, père effondré)?

- comment alors **entrer dans un processus d'individuation**, élaborer une nouvelle image de soi face au sentiment de culpabilité massif inconscient d'avoir expérimenté dans la réalité la mort de la mère au moment où existent les fantasmes matricides inconscients lié à l'Œdipe pubertaire (Gutton, 1991) ?

- comment **accueillir la dépressivité inhérente aux processus de remaniement des liens** quand on a expérimenté peu avant l'intense douleur morale de la perte définitive de son premier objet d'amour ?

- comment **accepter ce nouveau corps sexué** recélant des dangers mortels (cancer du sein) et qui se trouve exposé au père sans la présence limitatrice et interdictrice de la mère ? Comment alors investir la sexualité ?

- que pèse la **promesse de l'autonomie et du pouvoir de l'adulte** quand celui-ci peut être fauché en plein vol ?

Dans la perspective psychanalytique, la dépression est une manifestation affective réactionnelle à la perte d'objet ou à la perte d'amour de la part d'un objet. Elle peut être considérée comme l'expression d'une souffrance traduisant une difficulté majeure à faire le deuil d'un objet, mais elle peut être considérée aussi comme une **tentative d'élaboration psychique de l'angoisse liée à cette perte de l'objet** (Freud, 1915).

La dépression névrotique se manifeste à l'occasion d'événements de vie traumatisants relevant tous de près ou de loin de l'expérience de la perte d'objet. **La fragilité narcissique favorise la décompensation névrotique** où le sujet ne parvient pas à élaborer cette expérience du deuil de l'objet, et ce travail de deuil momentanément ou plus durablement entravé, conduit le sujet névrosé à mettre en place **des conduites et des stratégies antidépressives variées**.

La dépression que Sandrine a à affronter n'est pas celle d'une « simple » adolescence ; deuils réels et deuils symboliques viennent se confondre et le besoin d'un adjuvant se fait cruellement ressentir. D'où la « défonce », d'où le « besoin de rigoler comme ça pour rien » en buvant une bière ou en fumant un joint… jusqu'au malaise, dans une régression à l'oralité qui suit la perte de la maman. Les conduites à risque de Sandrine ont pour fonction de la protéger du conflit intériorisé et de la prise de conscience de sa souffrance mais de ce fait entrave les nécessaires processus d'élaboration inhérents au travail d'adolescence. Le risque de ces conduites est bien sûr l'entrée dans des conduites addictives plus installées mais aussi l'auto-sabotage de son potentiel de développement, notamment sur les plans affectif et scolaire.

Cependant Sandrine ne paraît pas non plus sans ressource pour affronter ces enjeux. Le départ de sa sœur du foyer l'a certes fragilisée mais c'est également l'occasion d'expérimenter une nouvelle forme de séparation qui n'est ni une rupture, ni un abandon. Cette sœur aînée très admirée, par la capacité de celle-ci à construire une vie d'adulte satisfaisante malgré tout, est une chance pour Sandrine et une source d'identification possible. De même, l'existence et l'acceptation de la belle-mère sont un point encourageant. D'une part elle la protège du face-à-face fantasmatiquement dangereux avec son père et d'autre part, elle est aussi une source identificatoire possible et l'on voit que Sandrine n'hésite pas à l'interpeller par ses conduites. Enfin, son père et sa sœur, en retrouvant la capacité à construire et à investir de nouveaux liens objectaux lui montrent qu'il est possible et autorisé de survivre à la perte.

Par ailleurs ce premier contact a été particulièrement frappant par la capacité de Sandrine à entrer dans la relation et à s'ouvrir sur ses affects. Sa facilité à s'interroger sur son fonctionnement et son désir de ne pas s'enliser dans ce qu'elle perçoit confusément comme une impasse sont également des ressources importantes. Peut-être que le temps qui lui a été donné avant la maladie puis le décès de sa mère a permis de constituer des assises narcissiques de bonne qualité, peut-être que les rencontres avec une « psy » lui ont permis malgré tout d'initier l'élaboration du travail de deuil ? On peut espérer qu'une psychothérapie, associée à la mobilisation de son entourage autour de son mal-être mis à jour, vienne constituer pour elle une rencontre signifiante susceptible de l'aider à ne pas recourir à la voie addictive.

2.3.2. Les conduite de risque : se sentir exister.

Pour certains adolescents, les conduites à risque ne constituent plus seulement une recherche des limites de soi et de mise à l'épreuve de l'autre. L'expérimentation de ce qui est nouveau et qui devrait permettre la découverte des nouvelles limites de soi et du monde n'est pas opérant pour élaborer une **nouvelle identité**. Celle-ci a besoin d'être **sans cesse réaffirmée par sa mise en jeu au travers de la prise de risque**. C'est la réussite de l'épreuve qui vient assurer, temporairement, le sentiment d'existence. Il s'agit alors du choix délibéré du risque « pour le risque » et non plus pour ce que l'expérimentation apporte de connaissance de soi. **Quels liens et quelles différences existe-t-il entre les rites initiatiques et l'ordalie des sociétés traditionnelles et les pratiques qui portent le même nom aujourd'hui ?**

2.3.2.1. Les rites initiatiques d'hier… et d'aujourd'hui ?

Si la puberté apparaît globalement à la même époque dans toutes les sociétés, la transition sociale de l'enfance à l'état d'adulte varie considérablement selon les cultures.

L'expérience adolescente et sa durée sont ainsi déterminées par les aménagements culturels et « l'adolescence » apparait et se cristallise lorsque les rites initiatiques dépérissent et disparaissent et lorsqu'il n'y a plus de rupture avec l'enfance et mort symbolique pour renaître à l'état d'adulte (Morin, 1984). **Dans de nombreux groupes sociaux, il existe en revanche des rites d'initiation marquant le passage de l'adolescence. Ces rites ont des fonctions sociales visant à marquer et à faciliter la transition de l'état d'enfant à celui d'adulte et à assurer le passage du statut formel pubertaire au statut conventionnel de l'adulte.**

X. Pommereau (2006) décrit des rituels différentiés selon le sexe dans toutes les cultures traditionnelles. Chez les garçons, trois étapes sont généralement observées. Il y a d'abord un rituel de **séparation** au cours duquel les enfants estimés prêts au passage sont

« arrachés au monde des femmes » et font l'objet de diverses **scarifications qui matérialisent cette « coupure** ». Vient ensuite une étape de mise à l'écart des novices (**ségrégation**) dans un espace spécial situé hors de la communauté ; considérés comme « morts » ou en train de naître, ils se prêtent à des **sévices destinés à témoigner de leur aptitude à supporter la souffrance** ; ils bénéficient également d'**enseignements dispensés par les hommes les plus âgés** de la communauté préparant l'initié à l'octroi d'un nouveau statut. Le rite de passage se clôt par la phase de réintégration (**agrégation**) au cours de laquelle les novices « réapprennent » d'abord les gestes de la vie quotidienne, puis sont accueillis par le groupe à l'occasion de **manifestations festives**. Celles-ci signent la **reconnaissance par la collectivité de leur nouveau statut** et renforce le sentiment d'appartenance au groupe de l'individu. Chez les filles, les initiations de puberté sont individuelles, déclenchées par l'arrivée des premières règles. Ce sont elles qui commandent l'arrachement de la jeune fille à son monde familier. Elle est alors isolée de la communauté pendant quelques jours, et doit se livrer à des rites de « **purification** » et de marquage corporel, puis est accueillie par le groupe avec le statut de femme susceptible de s'unir et d'avoir des enfants.

P.G. Coslin (2003) souligne la fonction psychologique de ces rites s'articulant autour de la maîtrise des émotions œdipiennes et de l'attribution de l'identité sexuelle. La première a trait à la résolution des conflits œdipiens à l'adolescence, le rite permettant de prévenir une approche incestueuse de la mère et une rivalité agressive à l'encontre du père chez les jeunes garçons. La seconde fonction psychologique concerne le dépassement des sentiments ambivalents de haine et d'envie à l'égard du père et l'établissement d'une identification secondaire permettant de se voir attribuer une identité masculine. Pour le groupe, selon X. Pommereau (2006) « *L'initiation est toujours une tentative maîtrisée collective de la mort, une mort de la mort, ritualisée, portée par le groupe. Elle n'a pas pour but de décimer les jeunes novices. Rappelons cette caractéristique de la mentalité archaïque : il est impossible de modifier un état sans l'abolir au préalable.* »

Dans ces sociétés, l'adolescent devient donc adulte après avoir subi des rituels de passage qui l'intègrent au sein de la communauté et prennent place dans son histoire. Ils impliquent un lien voulu ET irréversible du sujet au groupe. Cette fonction d'intégration est essentielle : en s'y soumettant, les jeunes acceptent et reconnaissent l'autorité et la domination des anciens ; d'autre part, ils montrent qu'ils sont dorénavant capables d'affronter la souffrance et la mort, donc la vie, ce qui les autorise à prendre place dans le groupe en tant qu'individus matures. Ces rituels de puberté et de re-naissance ont une place considérable dans l'histoire du sujet.

Certaines pratiques, dont les « **conduites à risque** », sont souvent dans notre société hâtivement présentées comme des équivalents aux rites initiatiques propres aux sociétés traditionnelles. Il est vrai qu'elles en partagent certains traits : **rupture avec le passé**, inscription dans un nouvel état signant un affranchissement, **aptitude à faire face à une épreuve violente**. Mais elles s'en distinguent par la nature même de l'intégration qu'elles symbolisent. Certains auteurs, comme T. Goguel d'Allondans (1994) maintiennent une dimension rituelle pour ces pratiques, en opérant une distinction entre les **« rituels institués »**, rites verticaux, qui concernent les pratiques traditionnelles et les **« rituels instituants »** horizontaux, modernes, qui constitueraient une alternative à l'épuisement des pratiques traditionnelles. Ces « rituels instituants » inscrivent une marque sociale qui confère au sujet un statut nouveau, mais c'est **avant tout une affaire entre un « Je » et sa représentation au travers de celle que le groupe de pairs lui renvoie**. L'articulation entre l'individu et le social que l'initiateur réalise par sa position symbolique dans les pratiques instituées reste absente des « rituels instituants » et **la légitimation sociale de la conduite n'existe qu'à l'intérieur du groupe**. Il s'agit en effet de conduites privées qui possèdent une valeur transgressive vis-à-vis du reste du corps social, visant à une intégration au sein de la tribu « ado », non la soumission à l'ordre social. Au contraire, elles viennent souvent s'inscrire en opposition directe, dans une confrontation qui, si elle ne permet pas l'assimilation au groupe des adultes, va entériner cependant leur inscription générationnelle (*binge drinking*, piercing, raves party) dans une **volonté d'autodétermination qui conteste la transmission de parents** et plus généralement d' « *adultes qui ne sont plus vécus comme les dépositaires des secrets ou du sacré* » (Charles-Nicolas, 1996).

X. Pommereau (2006) met en garde : « *On est aujourd'hui bien loin de ces rites d'intégration* » … et les pseudo-rites de franchissement élaborés par les adolescents entre eux peuvent les faire passer en zone rouge. « *Faute d'être encadrés par les passeurs du corps social, nos ados en quête de marques de franchissement sont trop souvent prêts à s'exposer aux risques de leur propre désintégration* (...) *Dans la plupart des cas, ces épreuves n'ont pas pour but d'articuler le passé, le présent et l'avenir afin de garantir l'unité et la continuité du groupe. Elles visent plutôt à* ***trancher avec le monde des adultes et à obtenir des sensations*** *pour trouver ses propres limites et se sentir exister* ». Cette ritualité désymbolisée se caractérise pour D. Marcelli (2002) « *d'abord et avant tout par sa répétition, signe patent de son échec à signifier* ». La transgression sur laquelle se fondent ces conduites est révélatrice de l'**envie de conserver de l'enfance l'illusion d'une maîtrise toute-puissante, à la mesure de la vulnérabilité que les adolescents ressentent en eux.** Pratiques dangereuses, qu'aucun véritable cadre ne vient contenir, exposant chaque adolescent à un risque individuel dont il doit seul assumer les conséquences. La « ritualisation » des comportements (rituel associé au roulement d'un joint, jeux à boire) est rassurante et anxiolytique. **Les « besoins » qu'elle exprime tiennent davantage de manques à combler que de parcours à réaliser.**

Pour certains adolescents, ces conduites à risque vont constituer une recherche effrénée des limites de soi et de mise à l'épreuve de l'autre. La fragilité intrapsychique ou environnementale du sujet risque d'entraîner, dans cette tentative d'interpellation de l'autre, une répétition des conduites, parfois jusqu'à la compulsion et la dépendance.

2.3.2.2. Cas clinique : Louise, « alerte au Malibu ».

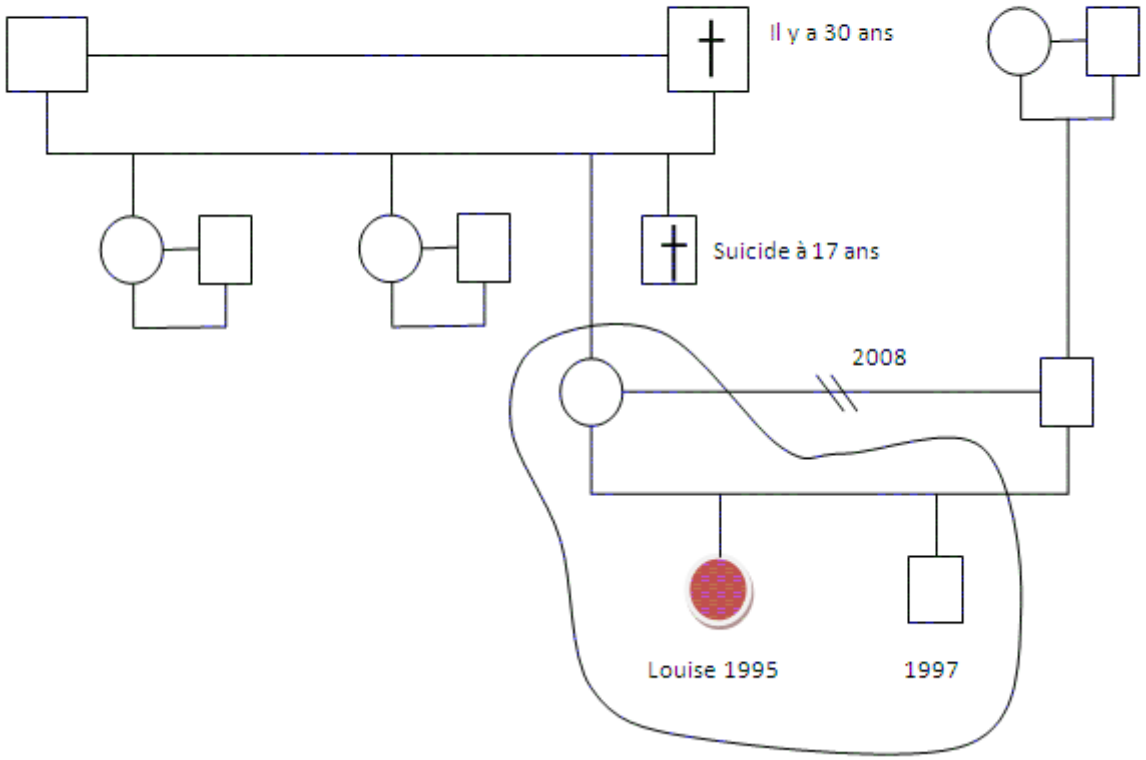
Louise est une jeune fille de 14 ans quand elle est adressée par son médecin traitant pour la première fois aux urgences pédiatriques fin janvier. Elle vient en raison d'une « **récidive de tentative d'autolyse par phlébotomie** (2ème ou 3ème épisode) dans un contexte lourd de carence psychoaffective avec divorce judiciaire en cours ».

Depuis la rentrée scolaire en septembre, Louise s'est en effet engagée dans des conduites de plus en plus dangereuses. Elle s'est mise à **fumer.** Plutôt bonne élève

jusqu'alors, ses **résultats sont en chute libre** ; elle est violemment entrée en **conflit avec plusieurs camarades et l'un de ses professeurs**, ce qui a amené sa mère à la changer de collège début décembre « pour éviter les histoires ». *Louise ne paraît pas dans cette dynamique d'évitement, au contraire.* L'intégration dans le nouvel établissement est difficile, elle recommence à alerter par ses comportements : **absentéisme, nombreux passages à l'infirmerie scolaire**… Elle a commencé à **se scarifier** peu après son changement de collège – moment qui *correspond d'ailleurs à l'arrêt des rencontres avec son père* - dans des **tentatives de suicide plus ou moins élaborées** mais *jamais dissimulées,* en faisant part à sa mère ou à l'infirmière scolaire. La souffrance manifestée par Louise au travers de son comportement d'une part, et l'atmosphère familiale actuelle d'autre part, a amené son collège à demander une **Aide Educative en Milieu Ouvert**. La mère de Louise a fini par l'emmener chez le *médecin traitant qui l'a adressée à un psychiatre libéral, que Louise voit à quatre reprises* de façon rapprochée. Une psychothérapie lui est alors proposée et Louise commence à rencontrer une **psychologue.** La **première hospitalisation en pédiatrie** a lieu à cette période dans un contexte de surpopulation de patients (épidémies virales). L'absence de gravité somatique du geste, la bonne qualité du contact de Louise et l'assurance de sa mère de veiller à la poursuite du suivi ambulatoire déjà engagé, ajoutées à la nécessité d'accueillir de nouveaux enfants, ont amené à décider de sa **sortie du service au bout de 24 heures**… *un temps bien trop court pour prendre la mesure de sa détresse, Louise va nous le signifier rapidement.*

En effet, six semaines plus tard, elle est ré-adressée aux urgences par le S.A.M.U. pour une **intoxication alcoolique aiguë**. Elle a été retrouvée *devant son collège* le matin même, en train de vomir et présentant des troubles de l'équilibre et de la vigilance, elle est complètement ivre, avec une amie à peine plus en forme ! *Leur état a inquiété des élèves, qui ont alerté la secrétaire de l'accueil, qui a fait de même avec le directeur, qui a appelé les pompiers, qui ont prévenu la mère…* Les deux jeunes filles sont hospitalisées. Dans la commune, tout le monde semble avoir été mis au courant, et une foule d'ados passent voir les deux amies pour prendre de leur nouvelles, accompagnés de leurs parents qui s'empressent de commenter et d'expliquer les raisons de tels débordements… Il y a de l'ambiance dans le service. Louise, qui a cette fois le *sentiment d'être prise au sérieux* - et toute notre écoute- va pouvoir déposer le fardeau qu'elle porte depuis des mois, à savoir le **conflit extrêmement violent entre ses parents qui, ajouté à un vécu familial de violences et de menaces**, pèse des tonnes.

LOUISE, 14 ans



Les parents de Louise ont **divorcé il y a un an dans un climat de violences majeures**. Depuis, la situation ne s'est pas apaisée, bien au contraire. L'ambiance paraît très toxique du fait de l'**impossibilité des parents de protéger leurs enfants** (Louise à un petit frère de 9 ans) de leur animosité réciproque et du **climat très insécurisant** qui règne à la maison. Les enfants, qui ne voient plus leur père depuis des mois sauf quand il « rôde » **alcoolisé** dans le jardin et insulte la maisonnée, vivent seuls avec leur mère qui ne cesse de les mettre en garde contre leur père « qui va tous les tuer s'il entre », mais qui ne se décide pas à porter plainte et se contente de mains courantes à la gendarmerie… où travaille son ex-mari. **La situation est impossible pour Louise, qui a l'impression que ses appels à l'aide sonnent dans le vide alors qu'elle vit sous la menace d'un drame imminent**. Elle a **désinvesti tous les espaces** qui la valorisaient narcissiquement (sport, scolarité). Elle **dort très mal**, sauf depuis qu'elle est à l'hôpital. Elle explique que les **conflits** dans son ancien collège sont dus à des moqueries et insultes de certains camarades vis-à-vis des scènes entre ses parents connues dans le village. Devant l'inefficacité des **scarifications** à inquiéter son entourage, elle les poursuit – parce que *ça l'apaise*, mais elle commence à rechercher d'autres moyens de soulager son mal-être. Ainsi, **elle a commencé à s'alcooliser** pendant les vacances

de février avec des copains et a expérimenté sa *première ivresse*. Ce n'est pas la fête qu'elle recherche mais la *« défonce » pour « oublier les soucis »*. Il s'agit de *« boire jusqu'à se rendre malade pour exhiber combien on souffre dans ses tripes, espérer secrètement se faire reconnaître et rompre par tous les moyens avec sa souffrance psychique* » selon les termes de X. Pommereau (2006). L'aide éducative demandée n'est toujours pas en place. Elle est retournée voir, encouragée par sa psychologue, l'assistante sociale de sa commune, qui lui a répondu qu'il faut du temps… Alors elle a décidé de **vider le bar des parents** de sa copine pour « *oublier ses problèmes familiaux* » à coup de mousseux et de Malibu. Parce qu'elle est **en colère**. En colère **contre son père** « qui tapait sur ma mère puis qui tapait sur moi », qui les harcèle au téléphone et les insulte dans le jardin ; en colère **contre sa mère** de ne pas être partie plus tôt… Elle ne veut pas mourir insiste-t-elle, juste montrer sa colère. Suite à la mobilisation des pompiers, il y a une enquête de gendarmerie, son père va être convoqué, c'est ce que Louise voulait : « je voulais qu'il paye pour tout ce qu'il nous a fait souffrir ».

L'évaluation multidisciplinaire (pédiatre, pédopsychiatre, assistante sociale, enseignant spécialisé) a permis de mettre en évidence les nombreuses ressources de cette jeune fille, ainsi que leurs limites. Une lettre d'**information préoccupante** est adressée aux services sociaux afin de les informer de la gravité de la situation familiale, de ses conséquences sur la sécurité et le développement de la jeune fille et de la nécessité d'intervenir urgemment. Louise semble avoir investi l'espace de **psychothérapie** proposée par sa psychologue qu'elle rencontre chaque semaine. Cet espace sera soutenu par son **encadrement dans un suivi en consultation conjointe pédiatre/pédopsychiatre durant les prochains mois**. Par ailleurs, une **aide pour le « ré-accrochage scolaire »** est proposée et acceptée par Louise qui veut absolument avoir son brevet. Elle souhaite s'orienter l'année prochaine vers un B.E.P. Sanitaire et Social pour devenir auxiliaire de puériculture… Une rencontre avec l'enseignant spécialisé et l'orthophoniste du service est programmée afin de soutenir dans le réinvestissement de la pensée cette jeune fille qui ne pouvait plus poser que des actes, faute d'être entendue. **La mère de Louise est invitée à consulter pour ses propres difficultés** qu'elle peine à différencier de celles de sa fille. **Le père, informé par les gendarmes de l'hospitalisation de sa fille, ne se manifestera pas** au cours de celle-ci. Il ne sera pas vu en entretien, sa fille s'y opposant expressément.

Par ses comportements à risque, qu'il lui aura fallu quand même répéter dans une escalade dangereuse, Louise a fait éclater au grand jour une situation impossible dans laquelle la plaçaient ses deux parents. La sollicitude et la réassurance du monde des pairs ne lui suffisaient pas. C'est du monde des adultes qu'elle attend une reconnaissance de sa souffrance. Ce faisant, elle est venue interpeller à la fois son père, sa mère, mais également le corps enseignant, médical, et social dans son ensemble lors de son dernier coup d'éclat auquel a assisté presque tout le village… Dans ce sens, ses conduites lui ont permis de s'extraire de l'huis-clos, de mettre à jour le conflit de loyauté entre ses parents (reprend le symptôme du père et vit chez sa mère) et de rester vivante psychiquement dans cette situation mortifère. « *A l'image des fjords norvégiens où les ressacs permettent d'éviter que le plan d'eau ne gèle, on pourra entrevoir une fonction des prises de risque répétées: permettre la sensation de vie pour éviter le gel psychique. Ainsi, le bruit et la fureur de l'acte sont à la mesure du risque de désorganisation, mais aussi d'immobilisation* » écrit M. Corcos (2006).

Reste à savoir **quel sera le coût psychique pour Louise** de cette « éclosion ». On peut espérer que l'investissement préalable d'un psychothérapeute lui permettra de l'aider à faire face à la **menace dépressive** qui ne manque pas de l'attendre, maintenant que la révolte qui la tenait a été entendue. Cependant, si l'on peut admettre la dimension « créative » de solutions au sens où P. Jeammet ou X. Pommereau l'entendent, il faut se souvenir avec M. Corcos (2001) que la « *force et la permanence du symptôme ne sont pas sans façonner une structuration psychique, toujours en devenir à l'adolescence* ». Louise a fait l'expérience d'une voie dangereuse pour se faire entendre : dans une société débordée et pressée dans les deux sens du terme, il n'est plus suffisant de se contenter de dire qu'on va mal pour être entendu, protégé, contenu ; il faut que cela se voie. Quitte à briller par son absence dans la classe, à écrire sa détresse à même sa peau ou à s'enivrer devant le collège, à l'heure de la rentrée des classes… Quand ce sont les apparences et la surenchère qui paient, la conduite agie trouve sa justification pour s'installer comme une modalité transactionnelle efficace.

2.3.2.3. L'ordalie : un appel au jugement de qui ?

Le terme « ordalie » vient du droit médiéval et s'est construit à partir du mot latin « ordalium » qui signifie « **Jugement de dieu** ».L'ordalie est une **épreuve judiciaire** par les éléments naturels, équivalente au jugement de Dieu ou des dieux selon les références culturelles ou religieuses. L'issue, réputée dépendre d'une puissance surnaturelle, permet d'établir **l'innocence ou la culpabilité** d'un individu sur lequel pèse un soupçon. Les épreuves ordaliques existent au moins depuis l'Antiquité, et ont résisté au développement du droit romain. Au Moyen-Âge, un accusé pouvait ainsi faire appel au « Jugement de Dieu ». Tantôt l'accusé et son accusateur se battaient en duel devant le juge, tantôt seul l'accusé était soumis à une épreuve telle que l'ordalie du fer rouge, de l'eau bouillante et de l'immersion. L'instance divine interrogée rendait son verdict à travers une épreuve dangereuse et douloureuse, où le sort du suspect – sa mort ou sa survie- est la « preuve » de sa culpabilité ou de son innocence (Le Breton, 1991). Différentes ordalies sont encore en usage dans certaines civilisations, en Afrique et en Océanie par exemple. Interrogeant une puissance surnaturelle qui va énoncer le jugement à travers le corps, l'ordalie ne permet pas le doute. C'est un arrêt qui **transcende toute justice humaine**, « *séparant les forces mauvaises du bien* » (Charles-Nicolas, Valleur, 1996) et constituant un **jugement sur la valeur intrinsèque d'un individu.**

Quel rapport entre ces pratiques d'un autre âge dans notre culture et les conduites à risque des adolescents ? **Pour l'adolescent, le risque est au cœur même du besoin de se mettre à l'épreuve pour se sentir exister**. C'est l'un des moyens d'être sûr que l'on est « *vivant* », c'est « *se rapprocher d'une mortalité possible* » écrit P. Huerre (2007) et ces conduites sont donc délibérément choisies en fonction des effets dangereux, tant pour soi-même que pour les autres, qu'elles sont susceptibles de produire.

P. G. Coslin (2003) distingue deux modalités de conduites à risque qui relèvent en définitive du même **manque d'objet fondamental**. Les *conduites de type infraction* concernent les *objets extérieurs à l'individu*. Elles sont du domaine de l'agir et du comportemental, tournées vers des objets extérieurs, et visant à les posséder ou à en avoir la maîtrise. Elles se traduisent par une atteinte à autrui et le manque d'objet fondamental se

révèle à travers ce besoin d'appropriation. Leur visibilité sociale passe à travers l'interpellation des biens d'autrui ou de la société. Les *conduites de consommation de produit* sont *centrées sur le corps de l'adolescent* ; il en résulte des modalités organisatrices différentes où le rapport à l'objet est ici du domaine de l'intériorité, du ressenti et de l'éprouvé. L'objet n'est pas convoité pour sa possession ou pour sa maîtrise comme dans les conduites délinquantes, mais **pour s'en sentir habité**. Le registre d'interpellation concerne moins la transgression de la norme et la problématique de culpabilité que celle personnelle de réconciliation avec soi-même, de **compensation de défaillances profondément ressenties**, de réparation de blessures narcissiques et de honte ; **le domaine de l'appropriation disparaissant ici derrière celui du manque.** Qu'elles induisent un rapport particulier à soi ou à autrui, toutes concernent des relations d'objet physique (objets pris ou objets ingérés ou assimilés). Elles impliquent une interrogation quant à la **signification substitutive de ce rapport à un manque d'objet fondamental** au sens où l'entendait Winnicott et s'avèrent donc significatives en soi, pour qui les commet, mais également signifiantes pour les autres.

A la différence de l'ordalie médiévale, où c'est le pouvoir souverain qui faisait appel au jugement de Dieu, dans la conduite ordalique, au sens où l'entend la psychologie, c'est le sujet qui se pose en **maître de son destin au travers d'un enjeu de vie ou de mort** (Selosse, 1998). Ce concept a été introduit en 1981 par A. Charles-Nicolas et M. Valleur : « *La conduite ordalique peut se définir comme l'engagement par le sujet, de façon répétitive, dans des épreuves possiblement mortelles. Et plus qu'à un fantasme d'immortalité* (…) *nous faisons référence à un* ***fantasme ordalique : fantasme de s'en remettre corps et âme à une puissance extérieure – à l'Autre – pour la laisser décider de sa mort ou de son droit absolu à la vie****, de la maîtriser ou en être l'élu* ». D. Lebreton (2004) souligne ainsi le « ***jeu symbolique avec la mort****, une mise en jeu de soi non pour mourir, bien au contraire* (…) *Elle témoigne d'un affrontement avec le monde dont* ***l'enjeu n'est pas de mourir mais de vivre plus*** ». Pour M. Corcos (2006), la dimension ordalique de certaines conduites à risque, dont les « alcoolo-défonces » sont un exemple, équivaut à un **appel à l'objet humain qui a fait défaut, plus qu'à une divinité arbitraire ou au hasard**.

2.3.2.4. Cas clinique : Nelly : « Mieux vaut faire peur que pitié ».

Nelly est hospitalisée une première fois en pédiatrie en juillet 2008 pour une **tentative de suicide médicamenteuse** avec le Lexomil de la pharmacie familiale. Cette tentative de suicide est survenue après une **violente dispute** avec ses parents, dispute au retour d'une **fugue** de Nelly. Lors de son hospitalisation, elle fait part de **violences physiques** de la part de son père et de sa mère et des traces de lésions concordantes sont retrouvées à l'examen clinique. Ses affirmations sont confirmées par ses deux parents. L'examen retrouve également des traces de **scarifications** sur le bras gauche.

A 48 heures de son I.M.V., elle a bien récupéré sur le plan physique. En revanche, sur le plan psychique, **Nelly va très mal, et si elle ne le manifeste « que » depuis le début de son adolescence, sa souffrance paraît encore plus ancienne**. Elle fait état de violences physiques et psychiques depuis plusieurs années. Elle accepte **l'accompagnement par l'équipe de pédopsychiatrie** et à sa demande, **l'hospitalisation est prolongée** d'une deuxième semaine afin d'instaurer un **traitement antidépresseur** en perfusion. Par ailleurs, Nelly et ses **parents ont été pris en charge par l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger**. L'intervention a consisté en un **signalement** de cette situation aux services sociaux et la proposition faite à la famille d'engager une **thérapie familiale**, ce que Nelly et ses parents ont accepté. Nelly sort donc du service pour retourner à domicile, avec un relais per os de son traitement antidépresseur et un rendez-vous pour une consultation pédopsychiatrique le mois d'après. Il lui a été également laissé les coordonnées de l'U.A.E.D. et de la Maison des Adolescents de Nantes. Un relais en C.M.P. est également envisagé suivant l'évolution clinique et l'adhésion aux soins.

Nelly est ré-hospitalisée en pédiatrie une seconde fois **dix mois plus tard** en avril 2009 dans les suites d'une **ivresse aiguë qui a très mal tourné**. A nouveau en fugue, elle a retrouvé une bande de « copains ». Elle s'est alcoolisée au cours de la soirée et elle se plaint d'avoir été **victime de viols de la part de plusieurs des garçons**. C'est l'éducatrice nommée depuis quelques mois que Nelly a choisi d'appeler pour venir la chercher. Elle accepte l'hospitalisation mais refuse catégoriquement tout examen physique. Cette ré-hospitalisation est l'occasion de se rendre compte que **cette jeune fille n'a finalement pas poursuivi les**

soins à peine initiés au C.M.P. et que les parents n'ont finalement pas donné suite à la proposition de thérapie familiale. Elle est tendue, agressive, le contact avec elle est difficile. Elle **fugue au bout de 48 heures avec l'aide de son père,** qui affirme vouloir **rendre justice lui-même** et « casser la gueule » aux auteurs du viol de sa fille. La plainte de la jeune fille n'a pas été reçue au motif qu'elle avait refusé tout examen médical tandis que nous apprendrons par la suite qu'une plainte a été déposée contre le père pour violence sur les garçons mineurs déclarés agresseurs. La sortie de Nelly est finalement prononcée après 24 heures de fugue du service et un **nouveau signalement** de la situation. Un courrier lui est adressé avec une proposition de reprendre des consultations au C.M.P.

Le troisième passage de Nelly aux urgences pédiatriques a lieu **un mois plus tard**, au lendemain de son quinzième anniversaire pour une **nouvelle intoxication alcoolique aiguë.** Elle a été retrouvée « endormie » sur un terrain-vague à peu de distance de son domicile par la gendarmerie qui l'a confiée aux pompiers. Elle aurait passé sa soirée d'anniversaire avec deux copains la veille et aurait bu de la vodka. Elle a encore une alcoolémie de 0,7 g/l le lendemain soir de sa « soirée arrosée ». Elle présente une hypovigilance et des vomissements. L'examen clinique retrouve des traces de **scarifications** sur l'avant-bras droit. Nelly s'éveille en fin de soirée. Elle veut sortir, s'énerve et fait une **crise d'agitation extrême avec menaces, tentatives de fugue et d'agression des soignants nécessitant l'injection d'un traitement sédatif et une contention physique.** Une hospitalisation au S.H.I.P. (Service Intersectoriel d'Hospitalisation en Pédopsychiatrie) est décidée devant l'état de Nelly et son histoire clinique. Le père, présent aux urgences, accepte finalement de signer l'autorisation de soins après avoir manifesté une **grande ambivalence**. La mère est à ce moment en congés avec le petit frère de 9 ans.

Nelly va rester un mois au S.H.I.P. C'est l'occasion de refaire avec elle le point sur son parcours. Nous aurons peu d'éléments concernant l'enfance de Nelly en raison de la réticence persistante de celle-ci à en parler et de la brièveté des échanges lors des entretiens familiaux. **La violence et l'impulsivité** semblent quand même caractériser les relations familiales. Nous apprendrons ainsi qu'elle a grandi dans un climat de violences verbales et physiques de la part de sa mère notamment depuis son entrée en C.P., « pour la faire marcher droit ». Son père lui a appris à se montrer forte et dure selon le principe « **mieux vaut faire peur que pitié** ». Il l'a encouragée à « se faire respecter », au besoin à coups de poings. Le

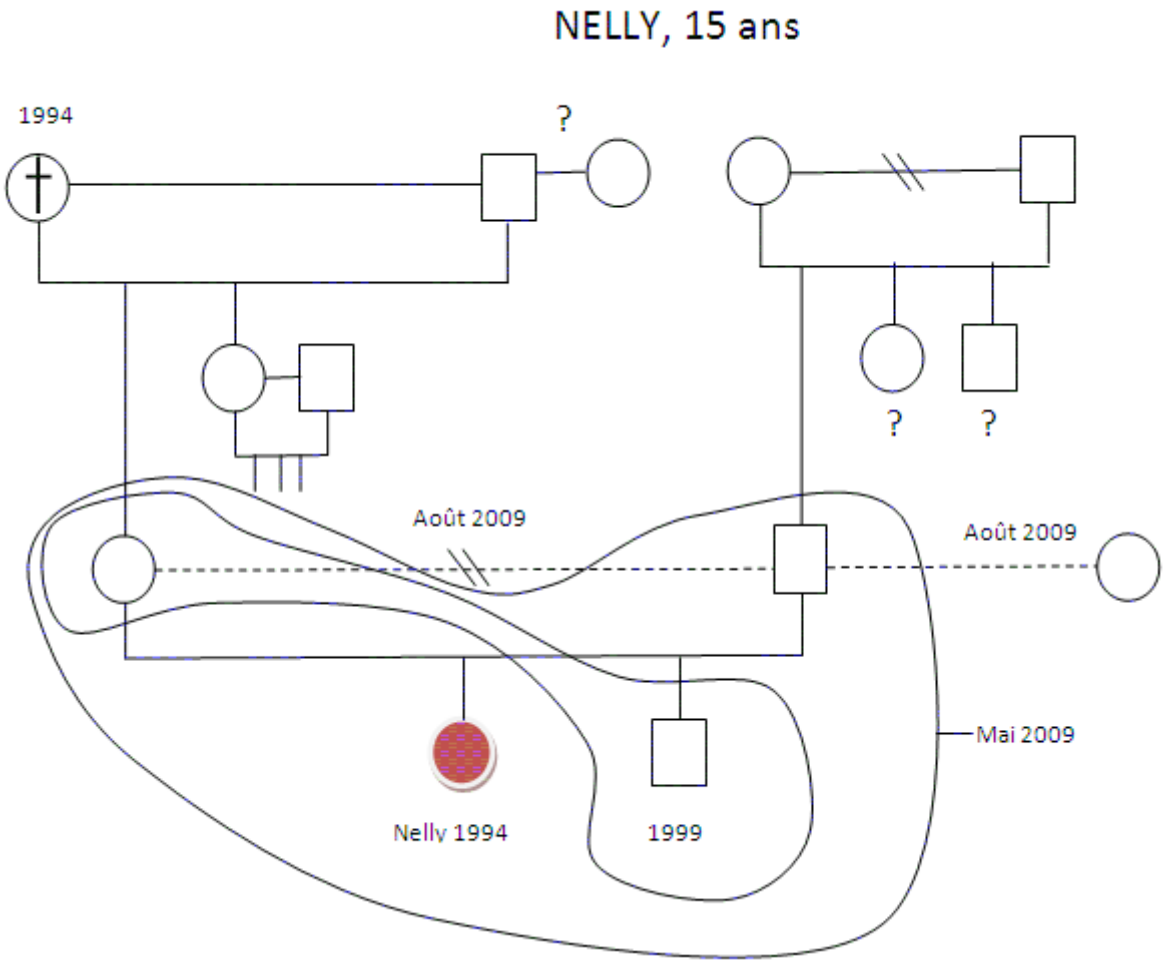
« début » du trouble des conduites de Nelly remonte à son année de cinquième, à l'âge de douze ans et s'est manifesté par **un décrochage scolaire, des scarifications, et des rixes de plus en plus violentes avec ses pairs.** Suite à sa première hospitalisation, les violences physiques de ses parents sur elle ont cessé selon Nelly. Les passages à l'acte de type **fugues, alcoolisations massives, absentéisme scolaire** se sont multipliés jusqu'à une **nouvelle I.M.V**. en janvier qui ne fera pas l'objet d'une hospitalisation. A la suite de cet épisode, Nelly est **confiée à sa grand-mère**. Nelly y résidera quatre mois, au cours desquels les troubles du comportement s'amenderont partiellement et la scolarité sera un peu réinvestie. Parallèlement, une **Aide Educative à Domicile** est mise en place, que **le père refuse de signer**, et une éducatrice est nommée. **Nelly est admise au SHIP un mois après son retour au domicile familial.**

Assez rapidement, après une **courte phase de révolte et de déni**, Nelly se saisit de l'hospitalisation et se met au travail psychique. L'observation clinique au cours de l'hospitalisation permet de mettre en évidence à la fois les riches ressources de cette jeune fille qui sait se rendre attachante et se saisir de l'aide mise à sa disposition dans le cadre très contenant de l'hospitalisation. Cependant, en revers de ses compétences, on constate un fonctionnement qui semble s'organiser sur un **registre limite**, où la **béance des failles narcissiques est colmatée par une présentation toute-puissante et une recherche d'emprise dans la relation**, notamment avec ses pairs d'âge. **Son vécu est très souvent persécutoire et les identifications projectives quasi constantes, à l'origine de passages à l'acte d'une grande violence venant témoigner de carences grave de la régulation pulsionnelle**. Elle ne semble pas capable dans ces moments de prendre conscience de ses actes ni d'en mesurer la gravité, pas plus que d'y mettre un terme seule. A l'occasion d'une visite de sa mère, elle tentera ainsi de fuguer et s'allongera sur la route, se mettant en danger vital nécessitant l'intervention en urgence des soignants. Dans les suites immédiates de son geste, elle agressera violemment son infirmière référente ; encore une fois, l'intervention des soignants sera nécessaire. Pourtant, au fil de l'hospitalisation, si sa sthénicité ne disparaît pas, **Nelly commence à investir les moyens alternatifs qui lui sont proposés pour s'apaiser, notamment les temps d'échanges duels et l'accompagnement à la décharge physique.** Un signalement est adressé au Juge des Enfants demandant son retrait du milieu familial par le service d'Aide Sociale à l'Enfance à la suite d'une concertation médico-éducative.

Au cours des entretiens médicaux, elle pourra, **en s'appuyant fortement sur l'étayage relationnel, aborder sa souffrance psychique et accéder à sa dépressivité**. Elle a

des idées noires en permanence et l'envie de mourir la prend très souvent. Sauf quand elle a l'impression de « reprendre le contrôle » sur sa vie : en fuguant, en se scarifiant, en se battant ou en s'enivrant. **La souffrance et la détresse s'effacent devant l'intensité des sensations qui l'envahissent alors**. Ce recours « défensif » à la sensation a été souligné par de nombreux auteurs dont M. Corcos (2006) : « *On retrouve chez l'adolescent prisonnier des conduites à risque, ce besoin profond d'interposer du sensoriel entre lui-même et l'autre ainsi qu'entre lui-même et lui-même, comme condition de la permanence de son sentiment de continuité d'une façon analogue à celle de l'enfant carencé qui remplace l'objet absent, inaccessible psychiquement, par l'accrochage au percept*. » Elle revient sur ses **consommations d'alcool qui sont, selon elle à la fois le marqueur de son mal-être et le moyen d'y remédier.** Ses consommations semblent déjà **très à risque tant au niveau des quantités que des modalités. S'alcooliser massivement lui sert à interpeller ses parents, les inquiéter, leur montrer qu'elle ne va pas bien.** Elle vit très douloureusement le constat que le message ne passe pas et ne sait comment le transmettre autrement. C'est aussi **un moyen d'anesthésier son mal-être, de « couper le son » le temps d'un sommeil plus ou moins comateux**. Ces propos, comme ceux de beaucoup d'autres jeunes rencontrés au décours de conduites à risque ayant nécessité un recours aux soins, illustrent l'injonction insistante de X. Pommereau (2006) : « *N'oublions jamais que toute provocation attend une réponse ! Et qu'un ado qui semble sciemment se mettre en danger… attend qu'on le reconnaisse comme tel et qu'on le protège* ».

Ces moments, très ponctuels, sont l'occasion, entre autres de mettre à jours de **graves et anciens dysfonctionnements familiaux,** où le conflit entre les parents est source d'incohérences éducatives plaçant Nelly dans des situations paradoxales et des conflits de loyauté. Ses angoisses massives d'abandon sont perçues par Nelly et elle peut s'interroger de façon assez poussée sur la complexité des liens de dépendance entre elle et ses parents. Elle fait un lien entre ses propres alcoolisations et celles de son père qui boit régulièrement le soir et qui « lui tombe dessus » quand il a « poussé le bouchon un peu loin ». Cependant ces ouvertures sont très fragiles et ses défenses projectives sont encore très actives. Les rencontres avec les parents sont toujours très éprouvantes pour tous. La perspective d'une sortie met les deux parents à mal, au point que la mère verbalise devant Nelly le souhait de l'abandonner et que son père manque de la frapper devant les soignants. Un deuxième signalement, judiciaire cette fois-ci, est rédigé ; et **Nelly est confiée à une famille d'accueil** en attendant son placement en foyer éducatif.



Elle est revue en consultations régulièrement bien que de façon espacée au cours de l'été. Son intégration dans le foyer a été difficile mais ce lieu et les éducateurs semblent bien investis. Elle envisage une re-scolarisation à la rentrée. Elle ne s'alcoolise plus et n'a plus d'une façon générale de gestes auto-agressifs. En revanche, **chaque contact avec l'un des deux parents suscite pour l'instant une tension extrême et des crises d'agitation au décours.** Sur le plan thymique, elle semble toujours au bord de l'effondrement dépressif et s'en défend en refusant pour l'instant toute forme de psychothérapie. A la rentrée, elle refuse de revenir en consultation mais le lien est maintenu par des points réguliers avec ses référents au foyer… En attendant une reprise de contact sous une forme ou sous une autre, passage à l'acte nécessitant sa réadmission ou demande d'une consultation de sa part… qui sera finalement adressée à la psychomotricienne du service afin que celle-ci l' « aide à contrôler son impulsivité ». Demande fragile, très ambivalente, mais spontanée. **Entre défiance de l'emprise et angoisse d'abandon, la question de la « juste distance » relationnelle est sans cesse interrogée par cette jeune fille.**

Par ses alcoolisations massives dans des contextes dangereux ou en se jetant sur une route passante, Nelly met en jeu sa vie dans des conduites de risque mortel. Equivalent suicidaire ou mépris mégalomaniaque de la mort ? Ni l'un ni l'autre et les deux à la fois aurions-nous envie de répondre avec Charles-Nicolas (1996) en se référant plutôt à sa description de la fonction économique des conduites ordaliques. Chez cette adolescente qui a pourtant des idées noires, ce ne semble pas être la mort qui est cherchée mais le dépassement de la mort, sa conquête, son assujettissement, « reprendre le contrôle » selon ses propre mots. Cette conduite semble s'articuler entre, d'un côté le fantasme ordalique de désir de tout recommencer en revenant à la vie, dans une « *quête de régénération et d'indépendance avec un espoir de renaissance et d'auto-engendrement* » selon l'expression de J. Selosse (1998) et de l'autre côté une demande éperdue de reconnaissance de sa valeur intrinsèque par des puissances transcendantes… derrière lesquelles ont reconnaît l'objet fondamental dont l'introjection a fait défaut. « *Double mouvement,* ***abandon*** *aux puissances du destin ou de la chance* ***et tentative de maîtrise*** *de son existence, la métaphore ordalique concentre en un instant de vertige les paradoxes apparents des dépendances et des conduites à risques de certains adolescents* » (Gutton, 2000).

Pour M. Corcos (2006), la dimension ordalique équivaut à un « *appel selon les cas au « père, ne vois- tu pas que je brûle », où à l'objet premier, la prima donna. Appel à celui de qui il attend qu'il le rattrape lorsqu'il chute, ou à celle à qui le sujet reste accroché, et in fine, à celui qui pourra le séparer de son objet d'aliénation, couper le cordon et faire tiers* » celui dont la place et la fonction seront dévolues à défaut, à la remise en jeu de sa vie ou à l'objet toxicomaniaque. Pour Charles-Nicolas, tout se passe dans les conduites ordaliques comme si les forces de vie et le narcissisme primaire du sujet n'étaient pas suffisants pour le maintenir en vie et qu'il lui fallait rejouer, de façon répétitive, le scénario d'une épreuve, d'une mort et d'une renaissance, cherchant un signe de la légitimité de son existence.

Comment passe-t-on d'une « *logique de l'espoir* » où, loin d'être autodestructrices, les prises de risques nous apparaissent, à l'instar de la conception de Charles-Nicolas, comme une « *défense contre la pulsion de mort* », à une conduite de dépendance qui s'est vidée de son sens ? Comment ce qui était – dans une conduite à risque active, volontaire, assumé, plus ou moins consciemment et démonstrative dans l'autodestruction – une tentative de se réanimer

ou de se retrouver, devient-elle une conduite mortifère, stéréotypée, délibidinisant la relation à l'Autre ?

2.4. L'ivresse en tant que conduite de dépendance.

2.4.1. Séparation et dépendance à l'adolescence.

Pour nombres de psychiatres s'occupant d'adolescents qui présentent des conduites à risque ou addictives**, la problématique de la séparation joue un rôle central dans l'émergence mais aussi dans la pérennisation de ces conduites** (Jeammet, Corcos, Marcelli, Duverger, etc.). Nous l'avons abordé précédemment, l'aménagement de la séparation est l'un des enjeux fondamentaux du développement de l'enfant et de l'adolescent. Dans la conception psycho-dynamique, **la séparation est un long processus qui commence à la naissance et qui préside à l'émergence du sujet en tant qu'être individué, progressivement autonome, et différencié de ses objets d'investissement.** Ce processus nécessite et s'accompagne d'un travail psychique.

2.4.1.1. Le pré-requis de la séparation : la constitution d'assises narcissiques.

Pour les théoriciens de l'attachement (M. Main, 1985), l'établissement d'une **relation sécure** avec l'environnement a un rôle déterminant dans la réussite du processus de séparation. Il existe un lien entre la qualité de cette relation et la qualité du plaisir que le sujet peut prendre dans l'exercice de ses capacités. Les expériences de séparation pendant l'enfance révèlent la qualité et la solidité de ces acquis. Elles permettent de différencier les enfants pour qui le recours à leurs ressources internes supplée efficacement l'absence de l'objet, de ceux qui le remplacent par l'investissement perceptivo-moteur de l'environnement ou la mise en œuvre de conduites d'autostimulation sur le mode répétitif, conduites d'autant plus massives que le lien objectal est plus pauvre et la relation de plaisir absente.

P. Jeammet (1994) fait le parallèle avec ce qui se passe à l'adolescence quand il oppose les adolescents qui ont tendance à **résoudre les situations de tension et de conflit par un recours à un travail psychique** d'élaboration et en particulier de déplacement à ceux qui **recourent à un aménagement de l'espace à travers un comportement.** « *Ce recours à l'espace est opposé dialectiquement à ce que leur proposent les adultes, qui est une référence au temps, temps qui laisse la possibilité de permettre un travail d'élaboration. Mais ce temps, c'est justement ce que ces adolescents ont le plus de mal à accepter car il les renvoie à une attente et donc à une passivité* ». Cette **passivité** les confronte en effet à leur crainte de dépendance voire de soumission aux objets à l'égard desquels ils sont en situation d'attente et représente donc une menace pour leur équilibre narcissique.

2.4.1.2. Le processus de séparation : un travail d'élaboration de la haine et de l'angoisse face à l'objet.

Pour qu'une séparation soit possible, pour que cette naissance de l'objet et en miroir du sujet dans la haine - selon la célèbre formule de S. Lebovici : « *L'objet naît de la haine.* » - ne soit pas l'équivalent de la destruction et de la perte de l'objet, entraînant de fait l'annihilation du sujet dont il n'est pas différentié, des assises narcissiques suffisamment solides sont nécessaires. P. Jeammet et M. Corcos (2005) soulignent le « ***rôle essentiel de l'élaboration de la haine dans l'aboutissement du processus de séparation*** *et* ***l'importance corrélative du travail d'élaboration des angoisses*** ». Celles-ci évoluent d'angoisses de morcellement (angoisse de perte des acquis et de l'individuation) à des angoisses de séparation puis à l'angoisse de castration. Ce cheminement psychique est complémentaire des facteurs environnementaux comme des facteurs biologiques.

Dans la perspective psycho-dynamique, **le traitement psychologique et fantasmatique de la séparation représente un travail d'élaboration fondamental et s'appuie surtout sur les possibilités de déplacement et de focalisation des affects et des représentations.** Une des taches essentielles de l'appareil psychique est de permettre le déplacement successif des angoisses et leur focalisation sur des représentations de plus en plus limitées, cette focalisation permettant au reste de l'appareil psychique de fonctionner

relativement librement. **Or « manipuler » ses angoisses nécessite une « base de sécurité » suffisamment solide pour ne pas risquer d'être détruit par elles**.

2.4.1.3. La « solution addictive » face au risque de dissolution identitaire.

C'est justement cette sécurité interne qui semble faire cruellement défaut au sujet qui présente des conduites d'addiction. Toute détente voire même tout plaisir équivaut soit au vide, soit à la **menace d'annihilation et de confusion avec l'objet**. Seul le maintien d'une excitation exogène les assure de la permanence de leur différentiation avec l'environnement et de celle de leurs limites et de leur identité. Pour M. Corcos et P. Jeammet (2005) : « *Le fantasme de mort, c'est-à-dire de destruction ou d'annihilation du sujet est omniprésent derrière les conduites addictives* ».

Dans cette logique, ces conduites peuvent être alors vues comme autant de moyens non pas d'aboutir à la mort, mais de tenter d'en conjurer le risque par la mise en œuvre justement d'une conduite agie, qui se veut une reprise active pour lutter contre la passivité, synonyme de mort ou de dissolution dans l'autre. C'est en cela que ces conduites addictives s'avèrent avoir toujours une fonction auto-thérapeutique - auquel s'ajoute l'efficacité anxiolytique de l'alcool - même si cette fonction échoue en grande partie et peut conduire à la destruction.

2.4.1.4. La réactivation du conflit narcissivo-objectal à l'adolescence : la tentation addictive.

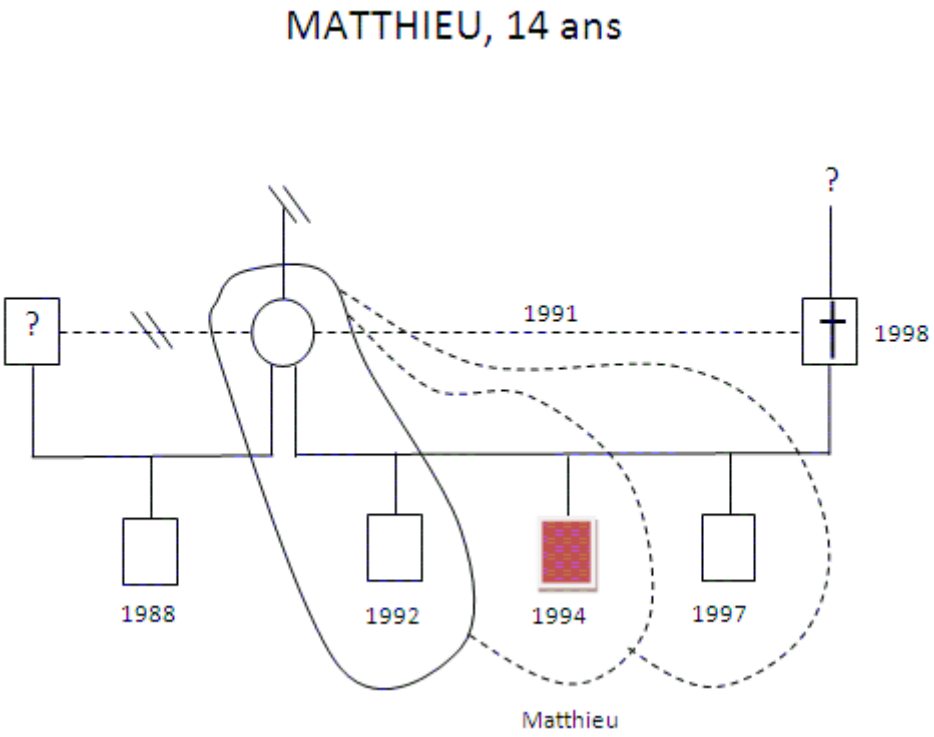
La puberté déséquilibre l'organisation psychique en place en **sexualisant les liens** et en réactivant les conflits infantiles et les angoisses. De par les processus de condensation qu'elle génère, elle tend à effacer les différences et les limites et elle confère un caractère envahissant et contraignant aux représentations et aux objets. A ce titre, l'adolescence a des effets potentiellement traumatiques c'est-à-dire susceptibles de désorganiser les capacités de fonctionnement du Moi.

L'adolescence est un révélateur de la qualité des acquis et **de la capacité de l'individu à gérer sa progressive autonomisation et la distance relationnelle** à ses objets d'investissement. L'appétence envers de nouveaux objets est sollicitée par l'émergence d'un désir d'identification mais cette identification même menace l'intégrité du narcissisme par le risque d'envahissement par l'objet. L'investissement par le Moi du monde interne fantasmatique entre en balance avec son investissement du monde externe perceptivo-moteur. C'est ce que P. Jeammet appelle le « *conflit narcissico-objectal* ». Il existe une relation dialectique entre équilibre narcissique et investissement objectal et les défaillances de l'un contribuent à conflictualiser l'autre.

Le recours à la « solution addictive » à l'adolescence peut ainsi être considéré comme une recherche dans la réalité externe d'un apport dont le sujet a besoin pour son équilibre et qu'il ne peut trouver au niveau de ses ressources internes. Ce besoin peut dans un certain nombre de cas être lié à des facteurs génétiques et à un tempérament particulier, mais ces données s'inscrivent nécessairement dans une rencontre avec l'environnement qui peut jouer le rôle d'un facteur aggravant ou protecteur à l'égard de ces données biologiques.

Les modèles développementaux psycho-dynamique et attachementiste ont en commun d'insister sur la relation dialectique qui existe entre la **capacité d'autonomie de l'indivi**du, la **qualité de ses ressources internes** et celle de ses **premières relations objectales**. La conduite addictive révèlerait la relative faillite de ces ressources internes et la valeur de substitut de cette conduite.

2.4.1.5. Cas clinique : Matthieu, 14 ans : entre dépendance et toute-impuissance.



L'histoire de Matthieu avec l'alcool, commence tôt, dès avant sa naissance, avec son père et sa mère**. Ses deux parents ont des parcours de vie très difficiles**. La mère de Matthieu a vécu une rupture familiale complète à la fin de l'adolescence, l'amenant à vivre dans une très grande précarité très jeune. Elle est entrée à ce moment dans des conduites addictives lourdes, notamment avec l'alcool. Elle a eu un premier fils. Celui-ci a été placé chez son grand-père maternel suite à l'incarcération de sa mère pendant sept années pour l'homicide volontaire d'un homme S.D.F. au cours d'une rixe. A sa sortie de prison, la mère de Matthieu rencontre celui qui allait devenir le père de ses trois autres enfants. Quelques mois plus tard, cet homme est incarcéré à son tour pour un homicide involontaire lors d'un A.V.P. alors qu'il était alcoolisé. Il sort de prison quelques mois plus tard. Entre-temps, son premier fils est né et porte le même prénom que lui. Il semble que les deux parents aient repris leur consommation d'alcool de façon importante. Deux ans plus tard, c'est la **naissance de Matthieu** et trois années après, celle de son petit frère, le dernier de la fratrie. Les

alcoolisations des deux parents semblent alors très importantes. L'année suivant la naissance du benjamin, **le père décède brutalement**, renversé par un véhicule alors qu'il était très alcoolisé et qu'il venait d'être mis à la porte par Mme suite à une violente dispute entre eux deux. Matthieu n'a pas encore quatre ans.

C'est peu de temps après que la fratrie est **placée en urgence une première fois** à la suite d'un appel au secours des pompiers par l'aîné qui a alors six ans : sa mère « dort » depuis bientôt deux jours et ils n'arrivent pas à la réveiller. Elle est en fait en **coma éthylique**. Les enfants sont accueillis en foyer pendant que leur mère est hospitalisée puis initie une première démarche de soin en psychiatrie par rapport à sa dépendance à l'alcool. **Dix-huit mois plus tard, le retour de Matthieu au domicile maternel** avec ses frères est décidé assorti d'une Aide Educative en Milieu Ouvert (A.E.M.O.). Matthieu a cinq ans.

La situation se dégrade rapidement ; Mme rechute et les deux aînés commencent à manifester des troubles du comportement. Ils sont **à nouveau placés** quelques mois plus tard dans un autre foyer tandis que le dernier reste avec sa mère. Ils vont rester **sept ans dans ce foyer** et seront rejoints en cours de route par leur petit frère suite à l'aggravation de l'alcoolisme maternel. Un suivi psychologique est mis en place pour Matthieu pendant cette période. Il est scolarisé jusqu'en sixième même s'il rencontre beaucoup de difficultés dans les apprentissages. **A l'âge de douze ans, il doit quitter le foyer en raison de son âge**. Comme son frère aîné un an avant lui, **il retourne alors au domicile**. Ce retour est encadré par une nouvelle A.E.M.O. Deux ans auparavant, la mère de Matthieu a repris les soins en alcoologie, suite au placement du petit dernier. **Les soins psychiques de Matthieu sont interrompus**.

Mais moins d'un an plus tard, un **troisième placement** est prononcé : Matthieu est complètement **déscolarisé** depuis des mois, il refuse de se plier aux injonctions de sa mère et commence à commettre des **actes délictueux**. Le nouveau foyer se situe à plusieurs dizaines de kilomètres de son domicile. Une re-scolarisation est tentée mais rapidement, la situation se dégrade. Les délits se multiplient en gagnent en gravité : vols, deal de toxiques, agression, geste incendiaire… Parallèlement, il **consomme régulièrement des toxiques**, principalement du cannabis mais aussi de l'alcool. Il est fréquemment retrouvé *en état d'ébriété*. Ses conduites le mettent **de plus en plus en danger**. Il fait du stop au milieu de la rue, *manquant de se faire renverser par les voitures,* sonne chez des gens inconnus à n'importe qu'elle heure du jour et de la nuit, « zone » avec d'autres jeunes plus âgés dont certains présentent des troubles mentaux les amenant à une dangerosité potentielle. Il **fugue régulièrement pour**

retourner au domicile maternel en stop voire à pied. Il peut alors marcher toute la nuit par parcourir des dizaines de kilomètres.

Matthieu est **hospitalisé une première fois en pédiatrie suite à un passage à l'acte violent,** quelques jours avant que ne soit prononcée sa mise en Liberté Surveillée Préjudicielle ; il n'a alors pas encore 14 ans. L'évaluation pédiatrique rejoint en partie celle des éducateurs : **Matthieu est en grande souffrance et a besoin, outre l'accompagnement éducatif et indépendamment des mesures judiciaires pénales qui se profilent, d'une reprise du soin psychique**. Au fil des mois se construit un projet d'hospitalisation en pédopsychiatrie ayant pour objectif d'approfondir l'évaluation de la dynamique de Matthieu et de mettre en place un soin psychique adapté. Progressivement, ce projet avancé par le service de pédopsychiatrie de liaison intervenant en pédiatrie, va être investi par Matthieu et sa mère. Une hospitalisation d'une semaine est contractualisée, ayant pour objectif du côté de Matthieu de tenter de diminuer ses troubles du comportement qu'il perçoit clairement comme inadapté, d'interrompre sa consommation de cannabis et d'alcool et de réussir à tenir une semaine à l'hôpital sans fuguer et sans faire de crise. Au moment de l'hospitalisation, la situation s'est encore dégradée, Matthieu ne met pour ainsi dire plus les pieds au foyer. Déscolarisé, il est désœuvré toute la journée et erre en ville, retournant au domicile de sa mère pour manger et dormir quelques heures. Celle-ci se déclare dans l'incapacité d'imposer une quelconque limite à son fils dans la crainte de représailles. Les mises en dangers et les passages à l'acte se multiplient, une audience chez le Juge des Enfants est d'ailleurs imminente pour le jugement de ces affaires.

Globalement, la semaine d'hospitalisation se déroule de façon perçue comme positive par Matthieu. Il va **tester le cadre** posé par les adultes tout au long de son hospitalisation, s'assurant de sa solidité et de sa cohérence. Les **débuts de crise d'agitation** seront rapidement contenus par la présence attentive et ferme des soignants autour de lui. Sur le plan psychique, il est observé un **fonctionnement très dysharmonique** faisant cohabiter des angoisses très archaïques de tout-petit, notamment le soir, avec un fonctionnement adultomorphe associant une certaine intelligence, débrouillardise et velléités d'autonomie. Il existe probablement une légère limitation de l'efficience intellectuelle induite ou aggravée par la précocité du désinvestissement des apprentissages scolaires. Sur le plan de la personnalité, l'hospitalisation met en avant différents traits faisant redouter l'installation de son **fonctionnement sur un mode limite**, associant des conduites de séduction, d'intolérance à la loi et à la frustration, un besoin de toute-puissance et en même temps une quête affective

intense, notamment vis-à-vis de sa mère. L'incapacité d'anticiper ses passages à l'acte s'associe à une impossibilité de se projeter dans l'avenir. Les **angoisses d'abandon** sont très fortes. Il recherche une présence constante autour de lui et supporte mal d'être seul et manifeste une **adhésivité indifférenciée** envers les adultes soignants comme des autres jeunes**. Une tonalité dépressive est bien présente**, s'exprimant par le fait que Matthieu anticipe l'échec systématiquement et que pour lui, une bonne partie des choses est « foutue ». La proposition de suivi en consultation en attendant un relais vers des soins de secteur est acceptée par Matthieu et sa mère.

Parallèlement, le Juge des Enfants a prononcé le **placement de Matthieu dans un foyer de la Protection Judiciaire de la Jeunesse dans un cadre pénal**, en réponse aux actes délictueux qu'il a commis. Matthieu semble soulagé d'avoir **échappé à l'incarcération**. Les mois qui suivent vont être l'occasion pour lui d'investir le suivi proposé. Bien que ses capacités d'élaboration soient pour l'instant limitées et qu'il semble redouter un travail introspectif**, il vient régulièrement, ne manque pas un rendez-vous** et expérimente la souplesse dans la distance relationnelle qu'il met avec l'autre. Les relations avec sa mère, extrêmement conflictuelles au moment de son hospitalisation et du placement qui lui a fait immédiatement suite, semblent se pacifier. **La mère de Matthieu se réinvestit dans les soins pour son fils et dans la construction de projets éducatifs**. Au foyer P.J.J. en revanche, Matthieu « met la zone ». Il reproduit les comportements à la fois délictueux et de mise en danger, avec une gradation dans la gravité des actes, toujours dans une dynamique de collage et de comportement en miroir d'autres jeunes, plus âgés et inscrits dans des parcours beaucoup plus délinquants et psychopathiques. **Les alcoolisations se font de plus en plus massives et sont l'occasion pour lui d'exprimer des idéations suicidaires qu'il dénie aussitôt revenu à jeun.** Il lui est insupportable de l'évoquer en entretien et devient alors très sthénique, dans des mécanismes projectifs qui frôlent parfois le délire interprétatif. Le cadre institutionnel du foyer est défaillant pour des raisons essentiellement conjoncturelles (grave pénurie de personnel) et Matthieu s'empresse de s'engouffrer dans la moindre brèche. Il fugue quasiment tous les jours. Un **projet de transfert en Centre Educatif Renforcé** est élaboré en concertation des professionnels éducatifs, soignants et judiciaires et **construit avec Matthieu.** Celui-ci semble s'investir dans ce projet qui le revalorise narcissiquement et lui paraît une bonne idée pour se mettre à l'abri de ses consommations et des rencontres délétères. Il s'agit d'un séjour de trois mois sur un bateau qui va faire l'aller-retour vers la Méditerranée. **Au dernier moment, Matthieu sabote le projet** en le tournant en dérision devant le responsable

du recrutement. Il se montre à cet entretien tellement instable et imprévisible que son admission est finalement récusée. Matthieu, quelques jours après en consultation, **évoquera pour la première fois sa crainte de ne pas être capable de supporter l'éloignement de son univers connu, son inquiétude pour le devenir de sa mère,** entre deux fanfaronnades sur son autosuffisance financière grâce au deal et sa toute-puissance vis-à-vis du cadre éducatif. Pour la première fois, il accepte le traitement à visée anti-impulsive qui lui est proposé depuis son hospitalisation et c'est lui d'ailleurs qui en fait la demande. Il en a marre des « cuites qui lui fracassent la tête » et il n'arrive plus à « partir sur sa planète », quelque soit la taille et le nombre de joints qu'il fume. Un placement temporaire en famille d'accueil est mis en place en attendant la construction d'un nouveau projet par les services éducatifs et judiciaires.

L'histoire de Matthieu entre en résonance avec les interrogations de P.G. Coslin (2003) : « *Quels sens la société donne-t-elle à ces interpellations des règles et des lois, lorsqu'elle tombe dans le laxisme ou la répression, ce qui, dans un cas comme dans l'autre, tend à rompre tout dialogue avec le jeune. Car cette interpellation vise plus ou moins consciemment chez l'adolescent à provoquer une réaction, et a, en ce sens,* ***valeur de communication dialectique, interactive****. Il remet en cause la conformité des conduites que lui propose la société, puisqu'il n'a pas participé à la construction de ces modes de vie* ».

A un âge où l'on cherche avidement ce que l'on est, sa problématique fondamentale, son interpellation cruciale s'avèrent en quelque sorte : quelle place m'accordez-vous au vivre ensemble ? Quelle est ma place ? Qui suis-je ? Derrière cette quête identitaire, la délinquance interpelle aussi la propriété : qu'est-ce qui est à moi ? Qu'est-ce qui est à toi ? Mais cette interrogation se retrouve aussi bien au plan de l'usage du corps. Des besoins émotionnels, sentimentaux et sexuels qui se manifestent alors, influençant le questionnement : Qui est propriétaire de mon corps ? N'ai-je pas le droit de l'halluciner, de le risquer ? D'en jouir, d'en jouer et de le jouer ?

Il nous semble avec M. Corcos et P. Jeammet (2006), que les conduites à risque et de dépendance s'observent électivement dans les familles où le vide **identificatoire par manque d'épaisseur ou de continuité**, c'est-à-dire de densité, est présent. Il en est de même dans celles où existe un **excès de contraintes qui impose des identifications inacceptables**. Dans les deux cas, « *le système familial donne à l'extérieur une place prédominante, favorisant l'idéalisation de stéréotypes socioculturels, court-circuitant les conflits identificatoires*

nécessaires à la construction du sujet ». Mais, de fait, les constructions socioculturelles, à défaut d'être incarnées et donc source de créativité, fournissent un **plaquage pseudo-identitaire**, homogénéisateur plus que différentiateur, à l'image de ce que sera le symptôme agi.

2.4.2. La dépendance, une dépression qui ne dit pas son nom ?

Si ces ressources internes échouent à contenir le mouvement dépressif inhérent au second processus de séparation-individuation à l'adolescence, le sujet va lutter contre par des défenses antidépressives. Peut-on penser que la consommation de produits psychotropes et notamment d'alcool sous forme d'ivresse vienne jouer le rôle d'amortisseur dans ce vécu traumatique qu'est la puberté ?

2.4.1.1. La position dépressive et la perte objectale.

Freud a perçu le travail qu'effectue l'enfant pour faire face à l'absence de l'objet maternel en la symbolisant par le jeu (jeu de la bobine, Freud, 1920). Il a mis en évidence la façon dont l'enfant en jouant s'approprie une expérience pour ne pas la subir et a montré ainsi comment **il échappe à la détresse de la disparition de l'objet primaire en cherchant à maîtriser l'angoisse liée à cette perte d'objet par la *représentation***.

Klein et Winnicott ont ensuite développé les modalités dépressives du lien à l'objet. Un mouvement dépressif est une expression affective normale éprouvée par l'enfant lorsqu'il est confronté à l'absence de l'objet primaire et surtout à sa propre agressivité destructrice dirigée vers cet objet, entraînant une culpabilité, source de destructivité. Pour F. Marty (2007), « *la position dépressive kleinienne et surtout winnicottienne suppose au préalable une attaque de l'objet, une projection de cette agressivité du sujet sur l'objet et une culpabilité liée à cette destructivité provoquée par un surmoi précoce. La réparation de l'objet détruit ou endommagé fait suite à ces mouvements psychiques du jeune enfant* ».

Il convient de distinguer nettement la position dépressive comme moment dépressif normal, s'inscrivant dans un processus de maturation psychique, de la maladie dépressive qui, elle, caractérise un état dans lequel le sujet ne trouve pas d'apaisement à sa détresse, consécutivement à l'abandon ou à la perte d'un objet libidinalement très investi par le sujet. Il ne trouve pas de solution réparatrice envers l'objet, ni de restauration narcissique pour lui-même. **L'intensité du mouvement dépressif va dépendre de la qualité des étayages narcissiques, de celle de l'intériorisation des objets, de la solidité de défenses du moi, de la façon dont l'expérience de séparation d'avec l'objet primaire aura été vécue par l'enfant.**

2.4.2.2. Réactivation des vécus de perte à l'adolescence.

A l'adolescence, l'impact des expériences précoces de pertes et de séparations est grand, lorsque l'adolescent a à revivre ces éprouvés de perte alors qu'il doit en même temps résister à la violence interne de ses propres mouvements pubertaires. Cet impact des expériences précoces entrera en résonance avec celui, traumatique, de la puberté et des effets potentiellement désorganisateurs qu'elle peut avoir sur la vie psychique. **Blessure narcissique et perte objectale favorisent la survenue d'un affect dépressif à l'adolescence.** L'élaboration psychique permet habituellement de faire le deuil des objets infantiles et d'intégrer la nouveauté pubertaire. L'affect dépressif peut donc être considéré comme faisant partie de toute expérience adolescente. Selon la nature des étayages narcissiques qui ont participé à la construction subjective de l'enfant, l'expérience de **séparation** à l'adolescence sera **soit génératrice d'individuation, soit vécue comme un arrachement dramatique,** provocant des angoisses de mort, des angoisses d'effondrements catastrophiques.

2.4.2.3. L'abus d'alcool, une lutte contre l'effondrement dépressif ?

La consommation abusive d'alcool chez les adolescents pose la question de leur fonctionnement psychique et celui des aménagements qu'ils trouvent ou tentent de trouver

pour faire face à certaines difficultés de leur vie. Concernant la problématique des jeunes consommateurs abusifs d'alcool, F. Marty (2007) fait hypothèse que la dépendance qu'ils développent vis-à-vis du produit traduit leur **tentative pour éviter de rencontrer et d'affronter la dépression qui est en eux.** En buvant, ils luttent sans le savoir contre la peur de s'effondrer et cherchent à mettre de côté ce qui pourrait les menacer. « *En consommant abusivement de l'alcool, l'adolescent tente d'échapper à la conflictualité œdipienne pubertaire, recherchant dans les vertus d'oubli et d'anesthésie de l'alcool ou du cannabis une alternative à l'affrontement de la dépression en lui, confiant aux toxiques le soin de lui éviter ce travail psychique et le moyen de se protéger de sa violence pubertaire* ». La consommation de produits (alcool ou cannabis) devient alors un mode de traitement particulier de réélaboration de la position dépressive qui se rejouerait à l'adolescence.

La dépression clinique n'apparaît que lorsque le travail d'élaboration psychique est en échec et que le caractère traumatique du pubertaire déborde par effraction le pare-excitation et les capacités de contenance psychique de l'adolescent. Dans ce cas, cependant, la solution dépressive est constructive et maintient un certain mode de fonctionnement psychique dans lequel le sujet reste en lien, même si c'est de façon douloureuse, avec l'objet interne. Mais F. Marty s'interroge : jusqu'à quel point s'agit-il de l'objet interne ? « *Ne devrait-on pas, comme le suggère P. Denis, évoquer l'objet dépressif comme un* ***substitut de l'objet perdu****, comme une façon de supporter son absence sans pour autant en intégrer la perte dans un véritable travail de deuil ?* » (Denis, 1987). Cette construction protège néanmoins le sujet, mieux que d'autres montages (pervers en particulier), d'une désorganisation psychotique ou psychosomatique.

L'agrippement à l'objet dans un mouvement dramatique pour ne pas avoir à subir sa perte comme une disparition de soi vient là parfois comme une autre solution, de nature addictive. Il n'est pas rare dans ce dernier cas, d'observer la mise en place de défenses plus rigides (que la dépression) comme autant de recherches de solutions (aménagements pervers, addictions notamment) **permettant au sujet de survivre à cette menace d'effondrement**. Pour F. Marty, « *l'adolescent qui est dans une position de refus au nom de son exigence de plaisir croit se libérer de la contrainte qu'un tel investissement demande et faire ce qui lui plaît. En réalité il ne fait qu'obéir à un maître encore plus*

exigeant parce que inconnu de lui, qui le pousse sans relâche à chercher cette voie courte du plaisir. Le refus de l'effort le conduit à s'opposer à toute proposition émanant du monde des adultes et plus particulièrement de celui de ses parents ».

L'investissement du refus masque en réalité une difficulté à accepter ce qui vient de l'extérieur, de ce qui n'est pas de lui. Ce refus des propositions externes correspond souvent exactement à sa difficulté à tolérer la discontinuité de son développement. Ce refus traduit enfin et surtout, l'importance de sa dépendance à l'égard des objets externes sur lesquels il cherche un étayage à défaut d'avoir pu intérioriser ces objets.

2.4.2.4. Le recours à l'objet addictif, la « solution » de l'évitement.

La solution addictive n'est pas l'équivalent d'un travail psychique. Cette solution est suspensive, elle met à distance la douleur de penser. La dépendance peut donc être considérée comme une solution psychique, **la consommation massive d'alcool comme une recherche d'anesthésie, un évitement de la douleur de penser, un évitement du travail de la dépression.** Dans ce sens, elle peut être rapprochée des phénomènes de somatisation tels qu'ils s'expriment dans la pathologie psychosomatique et qui ont conduit à parler « *d'actes-symptômes, explosion dans le corps ayant la fonction d'une décharge court-circuitant le travail psychique* » (J. Mc Dougall, 1982). Pour F. Marty, le recours à l'objet addictif entraîne la constitution d'une **latence artificielle**. L'adolescent met en sommeil un pan de sa vie psychique, et en particulier sa problématique dépressive/agressive repoussant à plus tard le moment où il se sentira capable d'affronter pour la traiter les mouvements dépressifs qui l'habitent. « *Avec la dépendance, c'est moins un traitement de sa dépression qu'un report de l'abord de cette question dépressive, latence artificielle, mise entre parenthèses de soi, comme une plongée dans un sommeil artificiel où* ***c'est le monde des sensations qui domine au détriment des représentations****. Registre plus proche du corps que de la psyché, de la sensation que de la symbolisation* » (Marty, 2007). De manière régressive, ces adolescents s'intéressent plus à la volupté du sensoriel qu'au travail d'élaboration psychique pour essayer de contenir leur sentiment dépressif. F. Marty s'interroge : « *Peut-être faut-il y voir une quête d'éprouvés, voire des retrouvailles avec les liens primitifs au corps maternel, ce qui a échoué*

à constituer pour eux des auto-érotismes suffisamment structurants pour asseoir leur narcissisme. ***Ce qui est recherché serait un monde psychiquement sans conflit, où tout ce qui est douloureux, fait limite et qui oblige à penser serait mis à distance*** ».

L'alcool donne à l'adolescent l'illusion de la facilité et d'un certain bien-être, au prix d'une absence à soi-même. Mais si l'alcool permet au sujet de lâcher prise, ce relâchement n'a pas la valeur libératrice d'une négociation avec soi-même. Pour cet auteur, l'alcool vient court-circuiter l'élaboration de l'autre grande problématique qui se pose l'adolescence, celle de la passivité/activité, corollaire de la dépendance/autonomie. La suspension, sans travail de pensée, sans travail de latence, constitue un mode de fonctionnement dans lequel la vie psychique ne se transforme pas ; en apparence du moins. Mettre de côté ne suffit pas pour que le travail de latence opère. Les contenus qui sont écartés momentanément de la conscience parce qu'ils sont porteurs d'une douleur trop vive finissent par revenir sur le devant de la scène avec une valeur toujours fortement traumatogène.

2.4.2.5. De la « trêve » psychique à l'aménagement de la dépendance dans la construction identitaire.

Constatant souvent dans sa pratique clinique le **caractère transitoire des conduites addictives de l'adolescent** F. Marty s'interroge sur la fonction du maintien artificiel d'une latence dans l'économie psychique de certains sujets vulnérables. « *Peut-être faut-il admettre que le travail de latence prend des tours divers : même dans les situations où il semble en grande difficulté, voire absent, il se poursuit quand même, à bas bruit, suffisamment en tout cas pour permettre non seulement la survie psychique, mais aussi une certaine qualité de transformation de la vie psychique* ». Il serait alors possible d'imaginer que dans des situations particulièrement fragilisantes au plan narcissique pour le sujet à l'entrée dans l'adolescence, l'usage des toxiques viendrait comme une façon de geler, d'immobiliser les forces en présence; une sorte de **trêve du fonctionnement psychique** qui ne signifierait pas pour autant un arrêt ou pire, une défaite.

Pour la majorité des auteurs désormais, le problème de la dépendance pathologique à l'objet est moins celui du produit que du processus qui lie, et parfois attache le sujet à l'objet. Pour F. Marty (2007), les adolescents ayant un usage « anesthésiant » de l'ivresse rencontrent

une difficulté grandissante à quitter le registre narcissique de leurs investissements pour névrotiser leurs conflits internes. « *La fonction prophétique du produit les empêche de mettre l'objet à la bonne distance* », ni trop près (collé), ni trop loin (hors de portée). Au moment de la réactivation de la dialectique de la relation dynamique entre investissements narcissiques et objectaux à l'adolescence, certains adolescents manifestent particulièrement « la *résistance narcissique à l'investissement de l'objet* » (Marty, 1998).

2.4.2.6. La dépendance, un « déni de perte » ?

Pour cet auteur « *C'est de cette économie particulière de la dépendance pathologique à l'objet qu'il est toujours question dans les problématiques de consommation massive de toxiques (alcool ou cannabis) ou dans les relations de dépendance pathologique à quelqu'un* ». Ce qui vient à manquer, ce n'est pas l'objet, précisément, mais le tiers, celui qui va permettre que la dépendance à l'objet se transforme en relation intersubjective dans l'autonomie et le désir.

La dépendance tente de maintenir l'illusion de la permanence d'un objet qui n'est plus là et que le sujet n'a pu intérioriser. C'est un déni de perte, l'absence de l'objet renvoyant le sujet à un vécu de perte sans représentation ni symbolisation. La dépendance dans ce cas indique que le travail psychique de deuil de cet objet n'est pas fait. Reste une dépression qui ne peut dire son nom, contre laquelle le sujet lutte et que la dépendance masque. Se séparer de l'objet de la dépendance ferait alors courir le risque au sujet de se sentir vide d'objet.

2.4.3. L'économie relationnelle dans la dépendance : vers des aménagements pervers ?

2.4.3.1. Abolir les représentations sous l'intensité et la répétitivité des sensations.

Nous avons déjà souligné chez les adolescents engagés dans des conduites de risque et de dépendance l'**importance de la fonction perceptive et des données sensorielles**. Données par lesquelles ils s'assurent de la présence concrète des objets, qui leur font défaut à

l'intérieur, tout en pouvant vérifier que l'objet en question est à la fois à disposition, sous la main, et toujours extérieur, c'est-à-dire sans risque de confusion avec le sujet. Les sensations ont également pour rôle de contre-investir le monde interne des émotions et le lien aux objets que celles-ci véhiculent. M. Corcos et P. Jeammet (2006) considèrent les «conduites agies » comme un procédé d'*externalisation* de contenus internes qui trouvent ainsi un mode de figuration et une voie d'expression. Ce passage par l'acte autorise une maîtrise que ne permettent pas aussi aisément les représentations internes. Par ce mouvement d'externalisation s'opère une **double négation : des sources internes du désir et de leurs liens aux objets infantiles.** « *L'acte vient à la place de la remémoration* ». Par ce moyen, c'est la racine même du fonctionnement mental qui est subvertie par un **effet d'occultation de son mécanisme générique à savoir la satisfaction hallucinatoire du désir et ses dérivés : le plaisir d'associer, la capacité de rêverie, le désir d'investir, tous éléments qui supposent un jeu de la différence, de la présence et de l'absence** qui est justement ce qu'un tel comportement a pour effet d'abolir.

2.4.3.2. De la tentation de l'emprise pour garder le contrôle au risque d'un aménagement pervers de la relation.

Les tentatives de substituer aux aléas de la relation de complémentarité avec autrui, en tant qu'objet de désir, les certitudes offertes par la relation d'emprise avec des substituts objectaux, ersatz de la relation sont très fréquentes à l'adolescence. Ces tentatives ont en commun de rechercher à **remplacer une relation interhumaine par un objet matériel perçu comme maîtrisable, renouvelable à volonté et donc indestructible**. L'objet n'est plus reconnu dans sa différence et sa complémentarité, mais investi dans son seul rôle fonctionnel et d'utilité pour l'équilibre psychique.

P. Jeammet et M. Corcos (2005) parlent d'*aménagements pervers* pour désigner **l'utilisation que le sujet fait de ce comportement à des fins de substitut objectal** avec toutes les fonctions normalement dévolues aux objets investis : être un des supports du sentiment de continuité du sujet, garant de son identité, et être une source de mobilisation des investissements de désir. C'est le **déni total de l'altérité de l'objet investi, non pas à des fins d'échanges, mais uniquement comme protection contre une perte possible et comme**

source minimale d'excitation pulsionnelle qui confère à cet aménagement sa dimension perverse. Il est **nécessaire au maintien de la cohésion du Moi**, mais n'a pas d'autre fonction.

2.4.3.3. D'un aménagement relationnel transitoire à une modalité d'organisation fixée.

Si l'aménagement pervers sauvegarde effectivement le lien objectal, il le réduit à un **lien de contact, en surface, qui évite les dangers de l'intériorisation comme ceux de la perte,** offrant par l'emprise qu'il autorise un contrepoids efficace à la destructivité. Le contact garantit la présence de l'objet, et sa non-destruction, tout en assurant son statut d'extraterritorialité, sauvegardant les limites et l'identité. La contrepartie, c'est que **la source d'excitation demeure elle aussi externe et doit sans cesse être renouvelée.**

Ces comportements ont tendance à drainer progressivement les investissements du sujet et ce qui demeurait en lui d'appétence objectale. Ils viennent constituer une « *voie finale commune de décharge de toutes les excitations* » selon l'expression de B. Brusset (1990) d'une façon de plus en plus indifférenciée. G. Deleuze (2002) a décrit les phénomènes de désexualisation observé dans ces conduites et le *« mécanisme de néo-organisation désirante dans l'illusion que procurent les sensations auto-prodiguées* ». L'objet n'est pas investi libidinalement et la relation à l'objet est désérotisée.

Le caractère de plus en plus totalitaire de la conduite est l'envers de la massivité de la dépendance aux objets et de celle de l'engagement narcissique dans la relation à ceux-ci. Le « comportement symptôme » a une double valeur narcissique et objectale : objet primitif, « archaïque », asexué, toujours à la disposition du sujet dans une relation d'emprise réciproque et en même temps pare-excitation et enveloppe protectrice qui le met à l'abri des excitations tant internes qu'externes. Il acquiert rapidement une **fonction stabilisatrice qui représente une issue à l'instabilité de l'organisation mentale de ces sujets.** Le risque est que cet aménagement relationnel construit pour répondre à une difficulté transitoire s'organise, se rigidifie et se fixe. « *Là même, dans cette expérience impérieuse, vitale, qui s'impose à l'adolescent pour se dégager de l'ennui mortel ou du vide* (…), *là même où devrait se synthétiser librement le sentiment d'être soi-même, puis d'accéder au soi propre, les forces pulsionnelles non accordées primitivement aux objets primaires – et donc à la suite aux objets secondaires- se déchargent dans l'illusion chimique, puis dans le vide, aboutissant*

à lui faire rééprouver et resignifier l'absence et l'aliénation : la boucle est bouclée, l'autoconfirmation vaut pour preuve » écrit M. Corcos (2006).

2.4.4. Conclusion.

La recherche délibérée et répétée de l'ivresse à l'adolescence, qu'elle s'intègre dans le cadre des conduites à risque ou des conduites addictives, apparaît mue par des problématiques communes aux troubles des conduites présents à cet âge. Sur le plan des enjeux développementaux, la question de la séparation est centrale. La fonction économique de cette conduite est défensive. Il s'agit, par le recours à l'agir, de lutter contre les affects dépressifs inhérents aux enjeux de la séparation. Enfin, le risque évolutif est la rigidification de ce moyen défensif, avec l'installation dans des conduites addictives fixées et/ou dans des modalités relationnelles perverses dans lesquelles le besoin de l'Autre dans son altérité n'est plus reconnu.

2.5. Conclusion : repérer les usages problématiques.

2.5.1. Introduction : facteurs de vulnérabilité et facteurs de risque.

Si l'alcoolisme au sens de l'alcoolodépendance est rare chez les adolescents - celle-ci se constituant plutôt à l'âge adulte, on peut observer beaucoup plus fréquemment des consommations importantes et régulières et des états d'ivresse. Malgré cette rareté, il faut être vigilant au passage de la consommation occasionnelle à celle très régulière et enfin à l'alcoolo-dépendance. Selon la **vulnérabilité individuelle** et la façon de boire, ce passage est plus ou moins facilité et plus ou moins rapide. D'où l'intérêt de connaître pour les repérer ces facteurs de vulnérabilité à l'alcool et **les modalités d'usage à risque** ou problématique.

2.5.2. Les facteurs de vulnérabilité.

Tous les adolescents ne sont pas égaux devant la consommation d'alcool en général et l'ivresse en particulier. Il existe des facteurs à la fois personnels et environnementaux qui conditionnent la vulnérabilité individuelle face à un produit ou une conduite.

2.5.2.1. Les facteurs personnels.

Les facteurs génétiques et prénataux.

L'hypothèse d'une **vulnérabilité génétique à l'alcoolisme** provient de multiples observations parmi lesquelles le constat d'une forte agrégation familiale de l'abus d'alcool et une transmission intergénérationnelle des modalités de consommation. Si ces faits d'observation en eux-mêmes ne suffisent pas à prouver l'existence d'un facteur génétique, puisque les co-occurrences familiales pourraient aussi bien être dues à un facteur environnemental, les chercheurs pensent actuellement qu'il est plus probable que l'alcoolisme ne soit pas un trait mendélien et qu'il résulte d'une **interaction entre facteurs génétiques et environnementaux** (Assailly, 2003).

Parmi les facteurs prénataux, les **comportements de la mère pendant la grossesse** font l'objet d'un nombre croissant de travaux (Kandel, 1998). Les effets des facteurs prénataux pourraient être de deux types : des effets immédiats ou à court terme sur le développement de l'embryon et de l'enfant et des effets à plus long terme qui pourraient ne s'exprimer que dix à quinze ans plus tard.

Les facteurs psychopathologiques.

Certains troubles psychiques sont des facteurs favorisant l'initiation et la pérennisation de la consommation d'alcool. Les **troubles dépressif, bipolaire, anxieux** sont les plus souvent incriminés dans la littérature (Chen, 2008). On retrouve également mis en avant les

troubles de l'adaptation ou les troubles psychotiques, les troubles du comportement alimentaires (boulimie ++) et enfin les troubles du comportement (THADA) (Karila, 2007).

Certains traits de personnalité sont considérés comme plus « à risque » d'engager des consommations abusives d'alcool : **la personnalité antisociale, les états limites** ; la faible estime de soi, la timidité, l'autodépréciation, les difficultés relationnelles, la difficulté de résolution des problèmes interpersonnels, la sensibilité aux attitudes et au comportement des adultes sont autant de dimensions associées à la consommation d'alcool. De même, un faible niveau de sociabilité est plus fréquemment retrouvé chez les consommateurs d'alcool. La dimension de personnalité **« recherche de sensations »** a été particulièrement étudiée par M. Zuckermann. Une revue des études publiées (Zuckermann, 1987) confirmait que la recherche de sensations était moins corrélée à l'usage de tel ou tel produit spécifique qu'à la consommation toxicophilique de produits variés et associés. Pour J. Adès (1994) la recherche de sensations peut apparaître comme l'un des facteurs favorisants essentiels des premières consommations : « *L'alcoolisation chez les jeunes adultes pourrait représenter essentiellement une modalité d'expression des besoins de sensations fortes, alors que, plus tard dans l'existence, et chez les sujets vulnérables tout spécialement, elle aurait pour fonction principale de représenter un mécanisme adaptatif vis-à-vis des affects anxieux et du stress* ».

Un autre concept souvent avancé lorsqu'est traitée cette problématique est celui de l'**alexithymie**. Pour J.P. Assailly qui a publié en 2007 une revue des recherches dans le domaine de la psychopathologie développementale de la prise de risque, de l'addiction et de la transgression, l'alexithymie est même le mécanisme central de ces conduites de risque. « *Comme les émotions liées à la relation à autrui sont trop une source de souffrance, et qu'il faut bien vivre avec quelque chose, le sujet remplace progressivement* les émotions par les sensations et par une recherche de sensations de plus en plus fortes ».

Les événements de vie.

Les travaux de recherche en population générale rejoignent les hypothèses psychopathologiques dans la reconnaissance de **l'importance des événements de vie précoces négatifs** (Adverse Childhood Experiences) dans l'usage problématique d'alcool et sa précocité d'initiation. Les ACE regroupent dix événements pouvant apparaitre dans les dix-

huit premières années de la vie. Sont regroupées les situations de maltraitance affective, physique et sexuelle, les situations de carence affective, physique et les « dysfonctionnements familiaux » : être témoin de violence conjugale, vivre une séparation parentale, vivre avec un membre de la famille ayant une maladie psychique, ou ayant des troubles addictifs, ou ayant été incarcéré. L'étude de Dube en 2006 s'intéressait au lien entre l'existence d'ACE et l'âge d'initiation à l'alcool. Les résultats montraient que lorsqu'il y avait eu un événement de vie négatif dans l'enfance, la personne avait 2 à 3 fois plus de risque de débuter sa consommation d'alcool avant 14 ans. Plus le nombre d'ACE était élevé, plus le pourcentage de personnes ayant consommé de l'alcool avant 14 ans était important. Cette corrélation entre le score ACE et la précocité de l'initiation alcoolique a été confirmée par les résultats d'une autre étude dirigée par Rothman (2009). Les résultats identifient cinq ACE associés de façon significative à une consommation d'alcool avant 15 ans : **la maltraitance physique et sexuelle, la séparation parentale, la présence d'un membre de la famille ayant des troubles psychiques ou troubles addictifs**. Cette étude s'intéressait également aux motivations de la consommation alcoolique en fonction des ACE. Les résultats retrouvaient que chez les sujets ayant vécu des ACE, l'alcool était plus souvent **utilisé en « automédication »** par rapport à une souffrance psychique.

2.5.2.2. Les facteurs environnementaux.

La famille.

La famille constitue le plus souvent un cadre propice à l'initiation. L'exemple parental est à cet égard fondamental (Hefez, 2007). La première définition de ce que représente une consommation d'alcool normal ou acceptable se forge à la maison, au contact de la famille. Les enfants suivent souvent l'exemple parental. De nombreuses études retrouvent une large corrélation entre la consommation des parents et celle de leur descendance : **facteur d'imitation ou modelling parental** où l'on observe une reproduction intergénérationnelle de certaines conduites, reproduction renforcée par l'appariement intra-générationnel entre conjoints « qui se ressemble s'assemble » (Assailly, 2008).

Il existe une liaison significative entre une histoire familiale d'alcoolo-dépendance et la précocité des consommations pathologiques. La famille exerce un rôle protecteur important

mais en cas de défaillance/absence/crise familiale, elle est aussi la source d'une grande vulnérabilité. Le fonctionnement familial, les liens intrafamiliaux, le type d'éducation qu'ont reçue les parents, une pathologie psychiatrique familiale, jouent un rôle important dans l'installation d'une conduite addictive. Par ailleurs, on retrouve plus souvent chez les adolescents admis aux urgences pédiatriques pour une intoxication alcoolique aiguë un alcoolisme parental (25% des parents dans l'étude de G. Picherot réalisée en 2003). Or M. Corcos (2007) souligne : « *Il y a des facteurs d'imitation, ce que confirment les données épidémiologiques ; la forte corrélation entre le début précoce de la consommation (autour de 11 ans) et la consommation d'alcool dans la famille est à ce titre significative* ».

Les pairs d'âge.

Pour L. Karila (2007), le fait que les amis soient consommateurs joue un **rôle important dans l'initiation et l'usage régulier d'alcool** comme d'autres toxiques alors que l'abstinence de l'entourage n'en a pas. « *La transgression des règles, la pression du groupe, la délinquance, la marginalisation, la représentation du produit qu'en a le jeune sont d'importants éléments à considérer* ».

Le milieu scolaire.

Les facteurs de protection vis-à-vis d'un usage problématique de l'alcool à l'adolescence sont de bonnes compétences scolaires, un haut niveau d'intelligence, la capacité à résoudre des problèmes. Les facteurs de risque sont **l'absentéisme, le retard scolaire, la chute des résultats scolaires, des troubles des apprentissages, un refus ou phobie scolaire** et l'absence d'encadrement pédagogique (Karila, 2007).

Le milieu social.

Les facteurs de risque sont la **perte des repères sociaux** comme le chômage des parents, la précarité, la misère, l'**éclatement de la cellule familiale**. Il existe une corrélation significative entre la marginalisation et l'usage de substances psycho-actives (Karila, 2007).

2.5.3. Les modalités d'usage à risque.

2.5.3.1. L'âge de début précoce.

Comme cela a été déjà souligné, l'initiation de la consommation d'alcool est précoce. Selon L. Karila (2007) 70 à 80 % des individus, avant l'âge de 11 ans, ont déjà goûté de la bière, du champagne ou du vin et plus de 20 % d'entre eux ont déjà expérimenté l'ivresse. Or **la précocité des consommations est un facteur de risque** d'installation d'abus et/ou d'utilisation nocive pour la santé et/ou de dépendance.

2.5.3.2. Le caractère d'automédication.

Différents types de consommations peuvent être individualisés dans cette catégorie :

- à visée **sédative/anxiolytique /antidépressive**, elle est souvent révélatrice de troubles psychologiques sous-jacents ;
- à visée **stimulante/désinhibitrice**, dès le matin, pour « aider » à commencer la journée : elle traduit le plus souvent une installation progressive de la dépendance
- à visée de **lutte contre l'ennui**, la solitude, la démotivation, par des consommations régulières, massives et continues : elle entraîne un risque de troubles du comportement et de dépendance.

Ces **consommations à caractère d'automédication** s'inscrivent dans le cadre d'un mal-être traduisant une souffrance qui dit rarement son nom parce qu'elle n'est reconnue ni par le sujet lui-même, ni par son entourage, tue, déniée.

2.5.3.3. Le cumul des consommations.

Les **conduites polyaddictives** sont un facteur de risque majeur sur le plan pharmacologique, neurobiologique, psychologique et social et les données épidémiologiques relèvent une association fréquente de l'alcool au cannabis et au tabac.

2.5.3.4. La recherche de défonce.

Ce qui est parfois recherché dans l'alcoolisation, ce sont les **sensations fortes** et souvent aussi en même temps l'**envie d'être anesthésié**. Que ce soit dans l'ivresse alcoolique ou l'ivresse cannabique, la consommation est alors proche d'un mode toxicomaniaque. Il s'agit d'anesthésier la pensée. Pour P.G. Coslin (2007), il s'agit d'entrer dans « *le « temps d'à côté » opérant une rupture avec la réalité* ». Pour P. Huerre et F. Marty (2007), cela procède d'une « *conduite de remplissage avide, d'engouffrement, assommoir, ayant pour but d'être K.O. le plus vite possible, mise hors jeu de soi-même par soi-même.* »

2.5.3.5. La répétition des consommations.

Quand la consommation devient un besoin, une nécessité ; qu'il est **insupportable de ne pas pouvoir consommer** dans certains endroits ou certaines situations, que la consommation solitaire s'installe ou s'associe irrépressiblement à d'autres drogues, cela traduit l'installation dans une pathologie addictive.

2.5.4. Le repérage : qui identifie ?

Lors des premiers entretiens avec l'adolescent consommateur, vu en consultation, qu'il soit venu de lui-même ou, comme la plupart du temps, qu'il ait été amené par un tiers, ou vu lors d'une hospitalisation secondaire à une intoxication alcoolique aiguë, repérer la vulnérabilité à l'installation d'une conduite addictive ou le mal-être sous-jacent est une priorité et une étape clinique importante. **Tout adolescent vu en consultation de médecine devrait bénéficier d'un dépistage de sa consommation d'alcool et/ou d'autres substances psycho-actives.**

Cette étape de repérage s'inscrit dans une **stratégie clinique et thérapeutique globale** qui comprend également l'identification du type de consommation du patient, la recherche de dommages induits par cette consommation, l'existence ou non d'autres symptômes psychiatriques. Le clinicien peut s'appuyer sur l'utilisation de questionnaires (cf annexe 3) dans sa démarche diagnostique.

Actuellement, du fait du manque de temps en consultation, des carences de formation en addictologie et parfois aussi de leur convictions personnelles («chacun doit faire son expérience », « il faut que jeunesse se passe », « j'ai fait la même chose à son âge »), rares sont les acteurs sanitaires impliqués dans la prise en charge des adolescents, qui incluent cette notion de repérage systématique des consommations de substances psycho-actives dans leur pratique professionnelle. D'où l'importance, parallèlement à la prévention « grand public », de sensibiliser à cette problématique **tous les professionnels s'occupant d'adolescents, du médecin généraliste à l'infirmière scolaire en passant par le psychiatre ou le psychologue, sans oublier bien évidemment l'urgentiste.**

3. DE LA SENSATION AU SENS : UN TRAVAIL DE RELATIONS.

La rencontre entre le pédopsychiatre et l'adolescent admis aux urgences au décours d'une intoxication alcoolique aiguë a lieu dans un contexte particulier, très différent de la consultation ambulatoire classique. Quelle est cette rencontre « d'un autre type » que permet le cadre de la pédopsychiatrie de liaison ? Comment en faire à la fois un temps d'évaluation et un temps thérapeutique, contribuant à faire de ce geste une expérience signifiante s'intégrant dans le parcours de l'adolescent ?

3.1. Le sens du soin en pédopsychiatrie de liaison.

La pédopsychiatrie de liaison « *comprend l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives et de recherche effectuées par une équipe pédopsychiatrique à l'hôpital pédiatrique* » (Desombre, 2004). L'acte clinique de liaison diffère de la consultation classique en raison du contexte d'hospitalisation, de la clinique présentée et de la nécessité de répondre rapidement, ce qui le rapproche parfois de l'intervention d'urgence pédopsychiatrique. Si la pédopsychiatrie de liaison semble de mieux en mieux intégrée dans le champ médical, tant par les pédiatres que par les pédopsychiatres, son application reste encore difficile, du fait d'une part des contraintes structurelles de sa pratique et d'autre part de la nature complexe de son exercice.

3.1.1. Présentation de la pédopsychiatrie de liaison au C.H.U. de Nantes.

3.1.1.1. Les consultations spécialisées.

L'unité de Pédopsychiatrie du C.H.U. de Nantes assure un service de consultations ambulatoires comprenant des consultations conjointes pédopsychiatre/pédiatre consacrées à l'anorexie mentale et à la médecine de l'adolescent ; des consultations conjointes

pédopsychiatre/endocrino-pédiatre consacrées aux jeunes diabétiques et des consultations conjointes de neuropsychiatrie, consacrées aux troubles hyperactifs avec déficit d'attention. Elle propose également des consultations au sein de l'Unité d'Accueil des Enfants en Danger (U.A.E.D.).

L'unité de Pédopsychiatrie de liaison assure des consultations en pédiatrie pour les adolescents, grands enfants et nourrissons au sein de la Clinique Médicale Pédiatrique, du service de Chirurgie Infantile et des Enfants Brûlés, en Cancérologie pédiatrique et en Pédiatrie Spécialisée (maladies chroniques, problèmes immunologiques complexes, V.I.H.). Cette unité est également impliquée dans des actions d'éducation à la santé : Ecole du diabète, Ecole de l'atopie, Education à la santé dans le domaine respiratoire : asthme, mucoviscidose. **L'équipe assure la liaison avec les intervenants extérieurs, organisation de la prise en charge des enfants et adolescents admis pour des tentatives de suicide ou des alcoolisations massives.**

L'équipe de pédopsychiatrie de liaison intervient également à la Maternité du C.H.U : intervention dans le domaine anténatal, intervention auprès des jeunes mères pour des cas de décompensation psychique en fin de grossesse ou dans le post-partum, soutien à la parentalité. Elle peut également intervenir dans le service de Réanimation Infantile par une présence auprès de l'équipe et auprès des parents, et la prise en charge psychique précoce des nouveau-nés en réanimation.

Les urgences pédiatriques reçoivent **plus de 30 000 passages par an**. Les sondages effectués indiquent que près de **18% de ces passages correspondent à des pathologies pédiatriques et psychiatriques intriquées** pour lesquelles l'équipe de pédopsychiatrie de liaison est extrêmement souvent sollicitée. Le nombre de lits pédiatriques étant peu propice à l'accueil systématique des enfants présentant de tels troubles, beaucoup d'entre eux sont reçus en urgence par les pédopsychiatres en consultation ambulatoire.

3.1.1.2. Le travail de liaison avec les services sanitaires, médico-sociaux et extérieurs.

Ces connexions s'entendent au niveau régional Grand-Ouest du fait du recrutement du CHU :

- Communication et mise en place du suivi avec les secteurs de pédopsychiatrie. Mise en place de soins de transition prenant place entre le temps de l'hospitalisation en pédiatrie et le temps où les inter-secteurs sont en mesure de commencer leur prise en charge (temps variable de 2 mois à plus d'un an, selon les secteurs).

- Connexions avec l'Aide Sociale à l'Enfance.

- Organisation de réunions de synthèse.

- Préparation de prises en charge complexes en réseau d'adolescents ayant rompus tout contact avec leurs parents, ne se rattachant à aucun secteur défini en raison de leur grande instabilité géographique.

- Travail de remodelage des relations de liaison et de définition d'un projet thérapeutique et éducatif en commun avec l'adolescent et les travailleurs médicaux sociaux concernés (ASE, Protection Judiciaire des Jeunes, lieu de vie, services de psychiatrie).

- Collaboration étroite avec le service d'hospitalisation de pédopsychiatrie (S.H.I.P.) : admission en urgence ou programmée.

3.1.2. Le travail de liaison à l'adolescence.

3.1.2.1. Introduction.

L'adolescence, qui est l'âge des paradoxes et des contradictions, correspond aussi à une période de la vie où les processus psychiques – qu'ils soient de liaison ou de déliaison – atteignant une intensité conséquente et impliquent fortement l'environnement du sujet.

Le dispositif thérapeutique déployé autour de l'adolescent doit donc prendre en compte ces modalités particulières du fonctionnement psychique des adolescents, en se

gardant d'**éviter deux écueils : d'une part, de ne pas trop rigidifier les articulations fonctionnelles entre les différents intervenants afin de laisser à l'adolescent une possibilité de déploiement d'un espace qui lui est propre, voire d'un véritable espace psychique et d'autre part, de ne pas négliger non plus la nécessité de ces articulations afin que le dispositif thérapeutique ne matérialise pas le risque de « déliaison dangereuses » propres à cette période de la vie** (Cahn, 1991).

3.1.2.2. Liaison et déliaison intrapsychiques à l'adolescence.

Les concepts psychanalytiques de liaison et de déliaison renvoient à l'hypothèse de **dualité pulsionnelle** élaborée par S. Freud, à savoir celle qui **oppose le groupe des pulsions de vie à celui des pulsions de mort** (Freud, 1919). Cette hypothèse offre un modèle opérationnel fécond pour penser l'adolescence en raison de tout ce qui du développement initial se trouve relancé et se rejoue à cette période. Par exemple, **la *thématique narcissique primordiale*** redevient progressivement prévalente : les réaménagements identificatoires remettent en question les fondements narcissiques dans la double valence du narcissisme de vie et du narcissisme de mort (Marcelli, 2007). **La pulsion de mort** est théorisée par A. Green (1983) comme une **activité de « désobjectalisation continue »**. Cette désobjectalisation à l'adolescence peut concerner les objets externes (narcissisme secondaire) mais aussi, et plus dangereusement les objets internes « *en affectant alors gravement l'ancrage et le jeu des représentants psychiques de la pulsion* » (B. Golse, 1992).

Un deuxième dualisme particulièrement central à cette époque de la vie est celui qui confronte corps et psyché**.** On assiste à l'adolescence à une **relance de la conflictualisation des interrelations entre le soma et la psyché,** les liens qui s'étaient tissés au cours du développement entre le corps et le fonctionnement psychique se fragilisent. Ceci se joue particulièrement dans le domaine de l'identité et des identifications. **Pour certains adolescents, c'est le corps qui en lui-même va devenir le pivot identitaire majeur.** Les psychomotriciens parle de *déliaison psychocorporelle* : désorganisation des interconnections habituelles entre souvenirs, émotions, sensations, perceptions, représentations…

3.1.2.3. Processus psychothérapique et travail de liaison.

Le travail de liaison intrapsychique.

Tout travail psychothérapique vise à **établir des liens entre un certain nombre de représentations afin que, peu à peu, le sujet puisse réécrire sa propre histoire** et en devenir ainsi, le coauteur, dans l'après-coup de la reconstruction. Le travail de tressage, de liaison psychique, de mise en liens permet alors de **retrouver le plaisir à désirer et de relancer le jeu des représentations mentales – de se remettre à penser.**

Ce travail de liaison est **rendu plus complexe par l'adolescence**, notamment en raison du mouvement de pulsionnalisation qui, par le biais de l'**impulsivité** et de la **tendance à l'agir**, ne favorise pas les processus de mentalisation. Par ailleurs, le recours défensif à **l'intellectualisation** est fréquent à cet âge et l'adolescent et l'adolescent vise souvent à **se défendre contre l'angoisse en clivant le registre cognitif et le registre émotionnel.**

Le travail de liaison intersubjectif à l'hôpital pédiatrique.

Le travail de liaison intrapsychique est donc fragile à l'adolescence et l'intervention psychothérapique doit viser à le renforcer ou le restaurer. Pour B. Golse, **tout se passe comme si le travail de liaison intrapsychique des adolescents dépendait dans ce contexte de la bonne qualité du travail de liaison » entre les représentants médicaux du corps et ceux du psychisme.** L'environnement thérapeutique doit donc veiller à maintenir ou à rétablir des modalités de liaison suffisamment fiables, et ceci se jouera notamment dans l'articulation entre pédiatres et pédopsychiatres. En effet, de la bonne coordination entre les deux approches va dépendre la possibilité de réduction du clivage que les adolescents tentent souvent d'instaurer entre ce qu'ils vivent ou font vivre à leur corps d'un côté et ce qu'ils traversent émotionnellement et affectivement de l'autre.

Pour B. Golse, les enjeux qui sous-tendent et donc conditionnent la demande pédiatrique d'intervention pédopsychiatrique sont de plusieurs ordres. Entrent en compte d'une part le seuil de tolérance de l'équipe face à l'angoisse et à la souffrance psychique de l'adolescent et d'autre part les résistances personnelles des uns ou des autres face à cette souffrance. « ***La qualité des relations personnelles entre tel pédiatre et tel psychiatre ne***

saurait donc ici être sous-estimée, d'où l'intérêt de s'habituer mutuellement à un patient travail en commun au fil du temps » (consultations conjointes par exemple).

Quoi qu'il en soit, il est souvent difficile, à l'occasion des conflits qui peuvent surgir, de faire la part entre ce qui appartient aux soignants eux-mêmes et ce qui revient à la problématique et à l'équilibre somatopsychique des adolescents projetés sur les soignants. En effet, **la projection des conflits intrapsychiques des adolescents sur le dispositif de soins est fréquente. Ces mouvements projectifs réclament qu'on se donne institutionnellement le temps de bien se coordonner pour les repérer et pour tenter de les élaborer suffisamment (synthèse).**

3.1.2.4. Travail institutionnel et interventions mixtes.

Au cours de l'hospitalisation secondaire à une intoxication alcoolique aiguë d'un adolescent, il arrive assez souvent que se mettent à jour des **situations psychosociales complexes aboutissant à l'implication de toute une série d'intervenants** (pédiatre, psychiatre, juge, éducateurs, assistante sociale, enseignant…). Pour B. Golse, l'harmonisation des actions des uns et des autres ne va pas de soi, « *car* ***chacun - en fonction de sa formation et des fantasmes qui le meuvent – est dépositaire d'un projet spécifique concernant l'adolescent en question***. » Le travail de liaison doit alors s'intéresser à deux questions qui apparaissent centrales dans ce genre de situations.

La première a trait au **repérage du rôle psycho-dynamique de chaque intervenant ou de chaque institution auprès de l'adolescent, au-delà de sa mission officielle** (registre plutôt maternel de protection, de sauvegarde, d'accueil ou registre plutôt paternel d'éducation, de justice). Dans la réalité, nombre d'interventions apparaissent comme mixte associant pôle enveloppant/contenant et un pôle limitant/régulant **L'adolescent rejoue sa réalité interne et les relations qu'il entretient avec ses objets intériorisés en l'extrapolant au-delà de sa constellation familiale personnelle sur les intervenants impliqués**. B. Golse insiste sur le rôle du travail de liaison dans la recherche de clarification de cette dynamique d'ensemble. Ceci afin que l'adolescent en difficulté ne soit pas confronté à un magma informe d'initiatives juxtaposées sans articulation ni harmonisation possibles, d'autant plus que souvent, le chaos,

la rupture et les incohérences, bref en un mot la déliaison, ont présidé jusqu'alors à ses relations avec son environnement.

La seconde question centrale dans ces situations est celle de la place du pédopsychiatre au sein d'un tel dispositif. Il est capital que celui-ci ne soit pas entraîné dans des actions ou des interventions sans rapport légitime avec ce qu'il est et sa véritable fonction. Pour P. Jeammet, **le rôle du pédopsychiatre est de pointer les signes d'alarme et les conduites d'auto-sabotage qui ne sont pas nécessairement pathologiques mais qui peuvent devenir pathogènes ou qui signent une souffrance psychique sous-jacente**. Le psychiatre a là une spécificité dans cette fonction d'évaluation de la situation psychopathologique. **Il est aussi le garant d'un projet d'avenir, même si celui-ci s'inscrit dans la virtualité.** A partir de là, une certaine cohérence apparaît possible et des liaisons peuvent être effectuées avec les différents intervenants sans qu'on soit dans la réponse au coup par coup et dans l'urgence d'une désorganisation liée à l'angoisse suscitée par la situation. Les deux écueils à éviter sont d'une part la « psychiatrisation » de la situation en raison d'une surestimation de l'intensité et de l'impact de la psychopathologie des adolescents et d'autre part la banalisation de la souffrance psychique sous-jacente par un déni défensif, entrainant la non intervention du psychiatre.

3.1.2.5. Conclusion.

Le psychiatre joue ainsi comme le **garant d'un narcissisme vital pour ces adolescents inscrits dans des pathologies du lien et/ou des problématiques de dépendance** et si dépourvus de fait au niveau de leurs assises narcissiques. Finalement, pour conclure avec B. Golse, le psychiatre « *peut être celui qui* ***assure un « regard de liaison » à l'entrecroisement de différents espaces : l'espace social, l'espace éducatif, l'espace psycho-dynamique.*** *Mais il doit le faire sans y perdre son identité et sans se déguiser en autre chose que ce qu'il est profondément* ».

Le travail de pédopsychiatrie de liaison s'inscrit donc dans ces situations, comme souvent, sur une ligne de crête délicate et c'est le **jeu dialectique subtil entre les processus de liaison intrapsychique des adolescents et le travail de liaison du dispositif de soins** qui va précisément conférer ou non à ce dernier son efficacité thérapeutique.

3.1.3. Le protocole de prise en charge des adolescents admis aux urgences pédiatriques pour une intoxication alcoolique aiguë.

3.1.3.1. Argumentaire en faveur de la prise en charge.

L'incidence du motif « Intoxication Alcoolique Aiguë » aux urgences reste imprécise. Une enquête réalisée en 1999 par l'AP-HP sur l'hospitalisation des adolescents en urgence retrouvait des chiffre très faibles de 0,4 à 1% sûrement sous évalués (Gasquet, 1999). Les chiffres de Meropol (1995) semblent plus réalistes : 5 % des 10-20 ans vus aux urgences traumatologiques avaient une alcoolémie élevée. Barnett (1998) confirme également que le motif « IEA » n'était pas toujours retenu ou évoqué devant l'hospitalisation d'un adolescent pour un motif traumatique.

Pour la Haute Autorité de Santé, « ***l'adolescent hospitalisé pour une IEA est très souvent dans une situation de crise révélant une perturbation psychosociale importante (situation en fait comparable aux tentatives de suicide).*** *L'association aux tentatives de suicide est d'ailleurs fréquente, 20 à 30 % des tentatives de suicide associent médicament et alcool* ». De ce fait, **l'IEA de l'adolescent ne doit pas être banalisée**.

Le degré de dépendance et la gravité sont difficiles à apprécier. Des échelles sont proposées, telle l'échelle AAIS (Adolescent Alcohol Involvement Scale, annexe 2) de Mayer et Filstead mais elles n'ont pas encore été validées en français. Cependant, une traduction dite **SAAA ou Score d'Abus d'Alcool chez l'Adolescent** a été utilisée par Muszlak *et al.* (2005) pour une étude multicentrique sur l'intoxication alcoolique aiguë des adolescents vus aux urgences hospitalières. Marcelli (2008) dans un autre travail multicentrique propose d'**évaluer le contexte des prises de risque de l'adolescent et les conditions psychologiques qui l'accompagnent.** L'évaluation porte sur cinq points : la conduite de risque elle-même, l'attitude de l'adolescent lors de la prise de risque ; les conduites associées ; les recherches

d'excès dans d'autres domaines et enfin l'environnement de l'adolescent. De cette évaluation sont déduites des attitudes de conseil et de prise en charge. Ceci permet de **distinguer le risque « exploratoire » normal de l'adolescent, dans lequel la prévention passe par l'information et l'éducation, des situations plus complexes**. Certaines situations imposent une prise en charge psychologique. Cette échelle est en cours de validation en France.

3.1.3.2. Recommandations de la H.A.S. relatives à la prise en charge des adolescents admis aux urgences pour une intoxication alcoolique aiguë (2001).

Suivant un accord professionnel la prise en charge d'une IEA doit être très proche de celle de la tentative de suicide de l'adolescent.

Aux urgences elle comprend un abord adapté à l'adolescent, un examen somatique complet, un bilan biologique, une perfusion systématique, une prévention des fausses routes un bilan psychosocial (évaluation psychologique souhaitable, bilan social et évaluation du contexte familial), une évaluation scolaire, des problèmes associés, des conditions de l'intoxication et des éléments biographiques.

Après les urgences, l'hospitalisation des IEA de l'adolescent doit être la règle : la plupart des adolescents vus dans ce contexte ne relèvent pas du seul diagnostic d'ivresse festive ou initiatique. Cette hospitalisation doit permettre au mieux de faire le bilan d'une pathologie psychosociale souvent associée et d'organiser le suivi. Le temps minimum d'observation pourrait être de **72 heures**.

Pour le suivi ultérieur, les particularités par rapport à l'adulte sont liées à l'adolescence. Il paraît dangereux d'identifier l'adolescent à un groupe. Le risque est de fixer la pathologie. **L'adolescent est orienté préférentiellement vers une prise en charge ambulatoire** du type de celles des tentatives de suicide. Des **consultations de suite** sont organisées au centre médico-psychologique pour adolescents. Le lien essentiel se fera par une présentation de ce lieu de suite au cours de l'hospitalisation. **La difficulté est d'obtenir de l'adolescent une adhésion à cette consultation de suite**, ce qui justifie le maintien d'un contact avec le tissu médico-social habituel de l'adolescent.

Le document de recommandations évoque très succinctement le rôle de la famille : « le travail avec l'entourage permet également la prévention de la récidive ; la revalorisation parentale, le rétablissement d'une confiance dans l'avenir social permettent de diminuer la prise de risque »…

3.2. L'entretien avec l'adolescent : rencontre d'une histoire, histoire d'une rencontre ?

3.2.1. Introduction : l'entretien clinique : objectifs, inconvénients et avantages.

Le premier objectif de l'entretien pédopsychiatrique dans le contexte qui nous occupe est celui de l'**évaluation globale** de la situation de l'adolescent, ainsi qu'elle est définie dans les recommandations de l'A.N.A.E.S. (2001). A côté, coexiste un deuxième objectif, qui est du **registre thérapeutique**, et qui passe par la mise en mots et les tentatives de clarification des diverses difficultés. « *Se contenter d'un recueil d'informations, sans formuler en contrepartie diverses propositions thérapeutiques, risque de représenter pour l'adolescent et pour son entourage une intrusion intolérable et stérile* » met en garde D. Marcelli (1991) qui insiste : « *Les entretiens devraient donc avoir toujours cette double fonction : évaluation d'un côté, thérapeutique de l'autre* ». L'interaction qui se déploie pendant l'entretien constitue l'instrument de cette double démarche.

Cette interaction adolescent-consultant est dès le début de la **rencontre prise dans un investissement d'allure transférentielle, souvent immédiat et intense** car l'adolescent attribue d'emblée au psychiatre une position en fonction des ses images parentales et de son vécu du processus d'adolescence. Mais souvent cette rencontre est la **première occasion de l'adolescent de parler de son monde interne** - affects, émotions pensées, rêves et rêveries- sans être jugé. Le psychiatre représente régulièrement le premier adulte rencontré qui ne soit ni un membre de la famille, ni une figure d'autorité. Le premier travail du consultant consiste alors en une sorte d'apprentissage de la relation nouvelle, **apprentissage de la démarche réflexive**, de la nécessité de clarification, d'énonciation, de délimitation des difficultés en même temps que la reconnaissance de leur origine intrapsychique et pas seulement

réactionnelle. En ce sens, **la rencontre, par son existence même, constitue un outil thérapeutique précieux.**

Si l'entretien avec l'adolescent est un moment diagnostique et thérapeutique crucial, cette rencontre n'est **pas dénuée de risques ni de difficultés**. En raison de l'investissement intense et immédiat, le premier des risques est que l'adolescent prenne la personne du psychiatre comme un représentant des facteurs externes à qui il attribue la responsabilité de son mal-être (parents, société) : **le consultant devient alors la « cause » transférée des difficultés de l'adolescent parfois à l'origine d'une exacerbation des conduites.** S'y ajoutent les difficultés spécifiques à la période de l'adolescence et à ses modes privilégiés d'expression : propension des conduites externes et agies, difficulté aux repérages des conduites plus mentalisées, difficulté de l'évaluation en termes structurels, dépendance à l'entourage… D. Marcelli met en garde : « ***Le consultant risque donc de se focaliser sur le versant externe, les « agirs », comme autant d'écrans au versant interne****, vécus affectifs, symptômes endopsychiques, représentations mentales* ».

3.2.2. Evaluer quoi ?

L'évaluation doit être individuelle, familiale et environnementale afin de recueillir des données synchroniques et diachroniques afin d'ébaucher un diagnostic clinique, psychopathologique et éventuellement pronostique.

3.2.2.1. L'évaluation individuelle.

Importance de la théorie sous-tendant l'évaluation.

L'évaluation dépend étroitement des options théoriques du psychiatre qui influent à la fois sur la façon de conduire l'entretien mais aussi sur la mise en avant de telle ou telle conduite. A l'adolescence en particulier il existe une profonde intrication entre la clinique et la théorie. Le risque d'un ancrage théorique trop exclusif est probablement de conduire à une compréhension univoque des conduites de l'adolescent. Inversement le risque d'un

décryptage des symptômes sans support théorique peut conduire à privilégier l'aspect purement factuel et agi des conduites. Or, nous rappelle D. Marcelli (1991), « *l'adolescent pose de nombreux actes sous-tendus par un versant mentalisé, qui ne sont pas tous des passages à l'acte* ». **Si le psychiatre n'est pas porteur d'une conception théorique donnant aux actes de l'adolescent un sens qui puisse les transcender, toute compréhension risque d'être occultée aux dépends d'une lecture purement comportementale enfermant l'adolescent dans des conduites et favorisant de sa part les phénomènes de renforcement de ces conduites.** D'où le nécessaire va-et-vient entre la pratique et la théorie, dans une réévaluation permanente de l'une à la lecture de l'autre.

Repérage des conduites symptomatiques.

Ce repérage constitue un **premier temps dans l'entretien**. Un certain nombre de points sémiologique doivent être clarifiés. **La place de l'angoisse, la tolérance à l'excitation interne et le degré d'impulsivité, la distance à l'objet et la qualité du lien de dépendance** sont des éléments importants à prendre en compte, de même que la qualité de **l'humeur** et ses fluctuations. L'évaluation du **rapport au corps en général et au corps sexué en particulier**, celle des relations aux parents et aux membres de la famille comme aux pairs d'âge sont nécessaires. Enfin, la place du doute dans la pensée de l'adolescent doit être examinée.

Evaluation économique, dynamique et génétique des conduites repérées.

Il importe de **replacer les conduites ayant motivé la rencontre dans le contexte du travail psychique de l'adolescent afin d'en évaluer la fonction**. En effet celle-ci, nous l'avons décrit précédemment, diffère beaucoup d'une situation à l'autre. La conduite peut posséder une **valeur maturative** permettant temporairement de lier l'angoisse en libérant par ailleurs le fonctionnement psychique ; elle peut sinon constituer une **entrave profonde à ce mouvement maturatif** ou plus encore endosser un **rôle défensif, régressif** bloquant l'évolution naturelle. Selon l'évaluation de cette fonction ; la réponse du thérapeute ne sera effectivement pas la même selon que l'on se situe dans la première hypothèse où la réassurance et le recadrage suffisent souvent, ou dans les secondes qui nécessitent une exploration approfondie et des propositions thérapeutiques plus conséquentes. S'y ajoute une

évaluation du fonctionnement psychique sous-jacent chez cet adolescent en termes de troubles de la personnalité, troubles de l'humeur, troubles post-traumatique, etc.

3.2.2.2. L'évaluation familiale et environnementale.

La description de la famille.

Il est important d'obtenir des informations sur **l'organisation formelle de la famille**. Certains renseignements sont d'une importance toute particulière à l'adolescence. Une maladie physique grave et/ou chronique ou une atteinte de l'intégrité physique de l'un des parents, comme l'existence d'une maladie mentale, de pathologies telles que l'alcoolisme ou un état dépressif, des antécédents suicidaires dans la famille sont importants à identifier car ils constituent un **facteur de risque notable**. Ces « **antécédents** » vont en effet nécessairement interférer avec le double travail d'identification et de « désengagement » des liens œdipiens.

L'évaluation de la dynamique familiale.

Elle est aussi délicate qu'essentielle. La présence d'un adolescent dans une famille met en péril son homéostasie. Certains auteurs (Marcelli, Gutton) évoquent la « **crise parentale** » qui a lieu en miroir de la crise d'adolescence, au cours de laquelle les parents, individuellement mais aussi dans leur relation de couple, ont à effectuer un travail de transformation psychique en écho à celui qu'effectue leur adolescent. L'évaluation dynamique doit s'attacher à **identifier la nature des relations transgénérationnelles et la qualité des discriminations et délimitations interindividuelles au sein du groupe.** Ceci afin de se faire une idée d'une part de la possibilité pour l'adolescent de s'inscrire dans la différence des générations en y trouvant une identification dont l'étayage peut résider dans une histoire ou un mythe familial et d'autre part de sa possibilité d'accéder à sa propre individuation. D'où l'intérêt de **repérer les fonctionnements pathogènes** (modèles d'hyperstructuration verticale, d'astructuration, d'enchevêtrement, de triangulation rigide, de coalition contre les tiers ou encore un fonctionnement projectif prévalent ne permettant pas à l'adolescent de se reconnaître dans son propre fonctionnement psychique).

Rencontre avec les parents.

Ces rencontres présentent un triple intérêt, diagnostique, thérapeutique et pronostique.

Elles permettent d'abord d'**approfondir l'anamnèse** par l'évocation de la petite enfance à la recherche des conduites habituelles, des traits de caractère du petit enfant. Les **moments de séparation dans l'enfance**, la façon dont ils ont été gérés par la famille, leur retentissement sur le développement de l'enfant constituent un bon modèle anamnestique permettant d'augurer de la qualité du « travail de séparation » à venir pour l'adolescent.

Cet échange présente également l'intérêt **d'introduire la dimension du temps et de l'histoire, relativisant ainsi l'intensité des difficultés, ce qui peut jouer un rôle cathartique** en déplaçant les lignes de conflits et en ouvrant des espaces nouveaux de curiosité, en levant une partie du refoulement. C'est aussi pour l'adolescent l'occasion d'entendre une partie de son passé, parfois pour la première fois.

Enfin cette évaluation permet de **recueillir des éléments pronostiques et des indicateurs thérapeutiques selon les ressources disponibles dans l'espace familial et les possibilités d'alliance ou au contraire les facteurs d'opposition ou de résistance voire de dangerosité.**

Evaluation environnementale.

Il est parfois nécessaire, après avoir informé l'adolescent et obtenu son accord, de **rencontrer divers professionnels concernés** : travailleurs sociaux, éducateurs, juge pour mineurs, enseignants… Dans le cas des conduites agies en général, et plus encore des alcoolisations aiguës en particulier, l'évaluation de la psychopathologie de l'individu doit **tenir compte du contexte dans lequel survient cette conduite** (solitaire ou en présence de pairs). Enfin, comme pour la qualité des relations familiales, la qualité de l'environnement n'est pas sans influer sur les possibilités identificatoires de l'adolescent. Un environnement très désorganisé, très marginal, voire franchement délinquant, proposant des rencontres

potentiellement pathologiques, constitue un facteur de risque majeur pour un adolescent fragile.

3.2.3. Evaluer comment ?

3.2.3.1. L'importance du cadre.

Avec l'adolescent et sa famille, une attention particulière doit être portée à la forme et au cadre des entretiens d'évaluation pédopsychiatrique, et ce d'autant plus dans le contexte d'une prise en charge multidisciplinaire hospitalière faisant suite à une intoxication alcoolique aiguë. Le cadre précis de l'évaluation doit être **explicité à l'adolescent et aux parents** afin de les rassurer sur ce qui va être fait et de donner au consultant le temps et le recul indispensable à toute prise de décision. L'évaluation nécessite le plus **souvent plusieurs rencontres** de l'adolescent entrecoupées d'une ou deux **rencontres avec ses parents**. Suivant chaque situation particulière, cette évaluation s'étalera du passage aux urgences pédiatriques, à la période de l'éventuelle hospitalisation voire aux consultations post-hospitalisation. **A son terme, des indications et des décisions thérapeutiques** pourront être proposées, engageant alors sur une période plus longue.

3.2.3.2. La relation avec l'adolescent.

Converser avec l'adolescent.

L'entretien, dans la mesure du possible, prend l'allure d'une conversation au cours de laquelle le consultant montre clairement son **intérêt pour le monde intrapsychique de l'adolescent.** Le but des questions formulées doivent être explicitée à l'adolescent.

Pour tenter de clarifier le sens d'une conduite, il peut être profitable d'en énoncer diverses significations possibles, ces propositions constituant autant d' « objets à penser » pour l'adolescent souvent en peine pour verbaliser les pensées et les affects sous-tendant cette

conduite. De même, il peut être utile de faire l'hypothèse de plusieurs dispositions affectives et cognitives à l'origine d'une conduite et de laisser l'adolescent choisir. **Le lien entre conduites manifestes, dispositions affectives et pensées sous-tendant cette conduite est toujours important à établir.** L'adolescent pris dans la spirale réactionnelle de ses interactions avec l'entourage oublie souvent le contenu mental précédant l'acte. L'acte posé par l'adolescent a tendance à n'être évalué par lui-même et par son entourage qu'en regard de ses seules conséquences, effaçant en quelque sorte le contenu mental, affectif et cognitif qui en était le prélude. Le travail du consultant est d'aider l'adolescent à reconstituer cette séquence.

La visée implicite de cette démarche est de **favoriser à la fois une appropriation de ses conduites par l'adolescent lui-même et d'évaluer sa capacité d'intériorisation** par opposition à la fréquente tendance à l'extériorisation et surtout à la projection. Cette tentative de réintériorisation des pensées peut d'ailleurs provoquer l'émergence de pensées et d'affects qu'il sera utile de clarifier.

Le tempo de l'entretien doit s'attacher à **éviter le double écueil d'un silence trop prolongé**, qui peut être vécu comme angoissant, persécutant ou abandonnique, **et d'un interrogatoire** qui peut être considéré comme intrusif ou entraîner un « match de ping-pong », véritable équivalent d'agir et de passage à l'acte dans lequel le centrage sur la mentalisation et l'intériorisation des conduites risque d'être oublié.

Délimiter les espaces psychiques entre consultant et adolescent.

Comme l'adolescent est souvent pris dans une relation où la prestance occupe vite le devant de la scène, où la problématique de domination/soumission constitue l'implicite toile de fond, le consultant a intérêt à **clarifier la différenciation des fonctionnements psychiques et des pensées** entre l'adolescent et ses parents, l'adolescent et le consultant.

Ces précisions et clarifications ont pour but de **limiter l'impact de la séduction d'une part et de la croyance en la magie d'autre part,** dont le rôle peut être positif à court terme mais toujours source de résistances majeures aux progrès thérapeutiques dans un second temps.

Maniement des rendez-vous.

Laisser l'adolescent libre d'accepter ou non les entretiens comme de reprendre contact par lui-même s'il en ressent le besoin aboutit de plus souvent à le mettre dans l'impossibilité de s'engager dans la rencontre. En effet, fréquemment pour l'adolescent, accepter les entretiens revient à reconnaître la partie malade en lui. De même, reconnaître l'intérêt pris aux entretiens ou en faire la demande peut être vécu par l'adolescent comme une inacceptable soumission à l'égard du consultant ou comme l'aveu d'une intolérable dépendance. Pour D. Marcelli (1991), il est nécessaire d'**imposer à l'adolescent les entretiens d'évaluation**. « *Imposer signifie qu'on explique ce contrat d'évaluation, qu'on énonce clairement notre opinion de l'éventuel aspect pathologique des conduites ayant motivé l'admission, notre souhait d'approfondir ces points avec l'adolescent et notre sentiment que si rien n'est entrepris les choses iront pour lui de mal en pis. Imposer signifie qu'on prend acte de son refus partiel, qu'on lui demande temporairement d'accepter le contrat d'évaluation en suspendant son refus jusque-là, que le consultant a conscience de faire ainsi acte d'autorité* ». Le sens de cet acte d'autorité est le « *dévoilement clair de la contre-attitude du consultant dont l'objectif est bien de se préoccuper des conduites de l'adolescent,*(…) *tout en lui déclarant que s'il refuse*, (il ne pourrait) *qu'entériner ce refus tout en le déplorant* ».

3.2.3.3 Rencontre consultant-parents-adolescents.

Encore une fois il faut insister sur l'**importance de définir le cadre** d'intervention, au risque sinon de voir se déployer des conduites familiales pathologiques ou des attitudes défensives qui, si elles présentent un intérêt diagnostique, sont de nature à entraver lourdement la rencontre avec l'adolescent.

Celui-ci doit recevoir la **garantie explicite de la protection de l'espace qui lui est dévolu de même que celle de ce qui est échangé au sein de cet espace.** Les rencontres avec les parents doivent, autant que faire se peut, **se dérouler en présence de l'adolescent** ; ceci afin d'éviter au consultant de se trouver inclus dans des alliances pathologiques et informé de façon biaisée de choses qu'il est censé ignorer en présence de l'adolescent. Quand les transgressions surviennent, elles constituent autant d'indicateurs des difficultés potentielles à l'action thérapeutique ultérieure et peuvent par conséquent orienter les indications.

3.2.4. Fin de l'évaluation.

3.2.4.1. Les résultats de l'évaluation.

Conformément au « contrat » posé entre le psychiatre et l'adolescent lors de la première rencontre, l'évaluation se termine par un **entretien au cours duquel le premier fait part au second et à ses parents de ses constatations, de son avis et des propositions** thérapeutiques qui lui semblent adaptées.

L'information donnée à l'adolescent doit être claire et précise, **en insistant sur la dimension endopsychique et ce que l'on peut percevoir des zones de souffrance ou de malaise de celui-ci.** Les conduites ayant motivé l'évaluation sont reliées à ces difficultés internes en focalisant sur l'axe psychopathologique qui paraît prévalent. Cela est énoncé bien sûr comme étant l'opinion du clinicien formulée en fonction de son expérience et de ce que l'adolescent concerné lui a appris. L'objectif est de **rompre l'habituelle explication des actes de l'adolescent en terme purement réactionnel** à l'entourage.

3.2.4.2. Les propositions.

Quand l'environnement au sens large est trop pathologique ou désorganisé pour permettre à l'adolescent d'effectuer tout travail psychique, la nécessité de l'aménagement concret d'une **séparation temporaire** (hospitalisation, placement, mise en internat) est clairement énoncée comme étant la condition préalable, sans formuler de jugement moral sur cet environnement.

Des propositions thérapeutiques sont donc formulées avec leurs objectifs, leur cadre et leurs modalités. Quand le cas se présente, une claire distinction est établie entre les deux types de traitements que sont la psychothérapie d'une part et les traitements médicamenteux d'autre part s'il paraît nécessaire de les poursuivre conjointement. Le cadre respectif de chacun est précisé au travers d'une **thérapie bi ou plurifocale** (médecin prescripteur, psychothérapeute, travailleur social).

3.2.5. Cas particulier : la consultation conjointe pédiatre-pédopsychiatre.

3.2.5.1. Origine.

La consultation conjointe dans le cadre du suivi des adolescents admis aux urgences pédiatriques lors d'une intoxication alcoolique aiguë est une **proposition récente** de l'équipe de pédiatrie du CHU de Nantes. Cette pratique s'inscrit dans une **tradition plus ancienne de collaboration étroite entre pédiatres et pédopsychiatres** de liaison pour d'autres motifs : anorexie mentale, mauvaise observance dans les pathologies somatiques chroniques (diabète, mucoviscidose), pathologies somatomorphes, diagnostic des troubles du comportement chez le jeune enfant, etc.

La conviction des médecins ayant développé cette pratique au sein du service, que **l'accueil conjoint en consultation est une source très riche et parfois indispensable, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique,** est forte et fondée sur des années d'expérience. Les jeux identificatoires et transférentiels permis par cette configuration sont mis à la disposition de l'adolescent qui s'en saisit souvent. Cette pratique facilite souvent une participation du pédopsychiatre au long cours dans la prise en charge d'adolescents dont la pathologie, l'entourage ou les défenses psychiques sont des facteurs de résistance à toute intervention « psy », par ailleurs justifiées. D'autre part, dans le cas de l'évaluation des adolescents admis à la suite d'une intoxication alcoolique aiguë, **la multidisciplinarité permet de contenir et de trianguler l'investissement transférentiel parfois massif en situation duelle,** et permet de ce fait de ne pas entraver un éventuel investissement secondaire avec un psychothérapeute.

3.2.5.2. Indications.

Dans le cas des adolescents qui nous concerne, la consultation conjointe a été proposée dans plusieurs indications.

La première concerne **l'ensemble des adolescents qui ont été hospitalisés en pédiatrie pour ce motif et pour lesquels n'a pas été engagée au décours immédiat de l'hospitalisation une prise en charge pédopsychiatrique**. Cette consultation conjointe, qui a lieu **entre quatre et huit semaines après le passage en pédiatrie**, permet de **refaire un point avec un certain recul et d'évaluer l'impact de l'épisode au niveau intrapsychique et intrafamilial.** C'est l'occasion de confronter les vécus de chacun et la compréhension de ce qui s'est passé puis de les comparer aux réactions « à chaud », au moment de l'hospitalisation. Si une crise familiale ou personnelle avait été identifiée, cette consultation permet d'évaluer la dynamique en cours et le cas échéant, de proposer une prise en charge plus spécialisée (thérapie familiale, prise en charge individuelle). Le temps alors écoulé est un argument fort pour étayer cette nouvelle proposition, d'autant plus qu'elle est co-construite avec le pédiatre. Cette consultation est **programmée avant la sortie d'hospitalisation**. Elle a lieu **avec le pédiatre et le pédopsychiatre référents** de l'hospitalisation.

La deuxième indication qui a été retenue est celle concernant **les adolescents qui pour diverses raisons, n'ont pas été hospitalisés en pédiatrie à la suite de leur passage aux urgences (refus du jeune ou de ses parents, impossibilité d'accueil faute de place).** La consultation conjointe est alors l'occasion d'**affiner la première évaluation faite aux urgences,** d'autant que l'entretien pédopsychiatrique, quand il a eu lieu, a été réalisé dans des conditions peu optimales. **Symboliquement, elle affirme la nécessité de tenir compte de ce qui s'est passé et d'éviter que ce geste « ne passe à la trappe » dans une banalisation qui annulerait sa dimension d'interpellation**. Cette consultation peut être suivie d'une ou de plusieurs autres selon la situation. Elle peut également entraîner une proposition de prise en charge plus spécialisée selon les résultats de l'évaluation.

La dernière indication retenue pour l'instant est celle d'un **refus de la part de l'adolescent ou des ses parents d'une consultation pédopsychiatrique « classique ».** La présence du pédiatre qui se pose alors en tiers « garantit» l'adolescent vis-à-vis des craintes qu'une rencontre avec le « psy » en tête-à-tête suscite. Ce cadre, en lui donnant l'assurance qu'il ne s'agira pas d'explorer les profondeurs de son psychisme, le rassure vis-à-vis de ses fantasmes de dévoration ou de pénétration par le psychiatre. La consultation **permet alors au minimum, de rencontrer un jeune que auquel nous n'aurions sinon pas eu accès, et parfois aussi de lever ses résistances vis-à-vis d'une évaluation voire d'un travail psychique.**

3.2.5.3. Questions.

La question du cadre de la consultation conjointe se pose comme dans toutes les consultations de l'adolescent. Celui-ci est **encore à construire** sous bien des aspects puisqu'il s'agit d'une pratique débutante. Les précautions précisées dans le paragraphe précédent nous semblent en grande partie applicables à ce cas particulier. L'**importance de la référence médicale** qui doit rester la même pendant et après son hospitalisation nous semble à préserver au risque de perdre le sens de cette démarche tant la question de la rencontre interindividuelle est primordiale à cet âge. **La temporalité** est également un élément essentiel à prendre en compte. Selon le type d'indications, le délai n'a pas la même signification. Dans la première situation, le recul permettant une « reprise » de l'épisode se comprend en termes de semaines. Il faut laisser le temps à l'adolescent et à sa famille d'intégrer l'événement et d'élaborer les changements qu'il a éventuellement induits chez le jeune ou dans la dynamique familiale. Mais il faut également qu'il soit encore suffisamment à l'esprit de chacun afin de pouvoir restituer des affects mobilisateurs suscités par ce geste, tant chez l'adolescent que chez ses parents. Dans la seconde situation, la rapidité d'intervention nous paraît essentielle. Nouer un premier contact est une urgence, au risque sinon que cet adolescent ne vienne grossir le rang des « perdus de vue », jusqu'au prochain passage à l'acte… Dans le troisième cas, il est plus facile d'initier les consultations conjointes au cours de l'hospitalisation, cette première rencontre facilitant en général la programmation des suivantes.

Bien d'autres questions sont suscitées par cette pratique encore balbutiante et bénéficieraient sans doute d'un approfondissement, tant sur le plan théorique que pratique. L'évaluation à moyen et long terme de ces consultations conjointes dans cette indication serait également intéressante.

3.3. Conclusion.

La gravité de l'acte posé, l'urgence, le cadre hospitalier, la multidisciplinarité sont autant de facteurs qui jouent sur les conditions de la rencontre intersubjective entre l'adolescent et le pédopsychiatre. Mais ce contexte n'est pas forcément une entrave à la

relation. Parfois au contraire la dimension « psychodramatique » déverrouille les facteurs de blocage habituellement présents. Comme le rappelle son étymologie, la « crise » peut être féconde.

CONCLUSION

Pendant trop longtemps, notamment pour des raisons culturelles et économiques, le caractère problématique de certaines formes d'alcoolisation des jeunes n'a pas été pris en considération. S'inscrivant dans la lignée des rites de passage vers l'âge adulte, les ivresses des jeunes étaient banalisées. Le regard de la société civile et du politique était globalement complaisant ; l'adage « il faut que jeunesse se passe » venant en quelque sorte résumer la position des adultes vis-à-vis des conduites d'alcoolisation.

Ce positionnement nous semble avoir basculé à l'inverse dans le courant des années 2000. Désormais, placé sous le feu des projecteurs médiatiques, l'adolescent ivre inquiète, dans le double sens du terme : est-il **en danger et/ou dangereux** ? Ce basculement nous semble pouvoir s'expliquer entre autres pour trois raisons. La première est en lien avec le développement des préoccupations pour la **santé publique**. Progressivement est advenue une prise de conscience des conséquences et du coût sanitaire et social de l'abus d'alcool chez les jeunes, plus seulement à propos des accidents de la route. Cette tardive prise de conscience a entraîné celle de la nécessité d'une intervention, dont le sentiment d'urgence est à la mesure du déni antérieur. Le deuxième éclairage possible s'appuie sur les récentes **mutations sociétales**. On observe en effet un parallèle entre le fonctionnement psychique de l'adolescent et les valeurs portées par notre société contemporaine : investissement préférentiel du présent, goût pour l'agir, prééminence de l'apparence, repli narcissique, méfiance vis-à-vis des institutions… Jamais les problématiques sociétales et adolescentes ne sont à ce point entrées en résonnance. Les adolescents fascinent, qu'ils suscitent l'envie ou le rejet, la crainte ou l'admiration. Et leurs conduites à risque au rang desquelles figurent en bonne place les alcoolisations, captivent. Le troisième ordre d'explication nous parait lié à l'**évolution des modalités de consommations** des jeunes, elle-même conditionnée par ces mutations sociétales. A la recherche de sensations fortes, les adolescents s'enivrent de plus en plus et ce, de plus en plus jeunes. Mais surtout, ils n'hésitent pas à le faire savoir. L'alcoolisation est devenue plus visible, plus apparente, parfois dans une véritable volonté de monstration.

Le premier rôle du pédopsychiatre est de prendre **connaissance de cet arrière-fond sous-tendant les modalités de consommations** afin de tenter de se dégager de cette

fascination. Car la fascination éblouit et ne permet plus de distinguer la profondeur et le relief d'une conduite. Il paraît ainsi important de garder en tête que la grande majorité des adolescents va bien, afin de **concentrer son attention sur la minorité qui va mal, voire très mal**.

Le **repérage** est donc essentiel. Celui-ci nous paraît devoir absolument passer par la **rencontre avec l'adolescent**. Rencontre qu'il semble par ailleurs appeler de ses vœux à travers l'interpellation que constitue sa conduite. Sa quête identitaire passe par la recherche des ses limites. La limite vient du mot latin *limes* qui désignait la ligne concrète entre deux territoires, deux terrains contigus. Elle revêt une double fonction : marquer la séparation entre ce qui est la propriété de l'un et de l'autre, mais aussi –et surtout- la ligne sur laquelle on se retrouve pour se rencontrer, échanger, se mettre d'accord sur ce qui appartient à l'un et ce qui appartient à l'autre, se reconnaître mutuellement. Chercher ses limites dans l'ivresse peut donc se comprendre comme un appel à l'échange, une demande de reconnaissance, et son identité et ou de sa souffrance. Reconnaissance par ses parents, sa famille, la société.

L'acte posé par l'adolescent a tendance à n'être évalué par lui-même et par son entourage qu'en regard de ses seules conséquences, effaçant en quelque sorte le contenu mental, affectif et cognitif qui en était le prélude. Le rôle du pédopsychiatre intervenant dans la prise en charge des adolescents admis à l'hôpital à la suite d'une intoxication alcoolique aiguë est de rompre l'habituelle explication des actes de l'adolescent en terme purement réactionnel à l'entourage. Il doit encourager l'appropriation de ses conduites par l'adolescent lui-même afin de l'aider à en faire une expérience signifiante, pour lui et pour son entourage, contribuant à une meilleure connaissance de lui-même et à la reconnaissance de son éventuelle souffrance.

ANNEXES

ANNEXE 1

L'enquête HSBC

Cette enquête, internationale, est réalisée tous les quatre ans depuis 1982, sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Actuellement, plus de 41 pays ou régions, essentiellement européens, y participent et collectent des données sur les comportements préjudiciables ou favorables à la santé des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans avec une méthodologie standardisée. HSBC est auto-administrée, anonyme, menée en classe sous la surveillance d'un enquêteur spécialement formé. La France y participe depuis 1994 : l'échantillon, initialement limité aux régions Midi-Pyrénées et Lorraine, a été étendu au niveau national en 2002.

En 2006, 9 000 élèves scolarisés en France métropolitaine du CM2 à la première année de lycée dans des établissements publics ou privés sous contrat de l'Education Nationale ont été interrogés. L'échantillon final après nettoyage des données comporte 7 154 élèves (dont 50,3% de filles) presque uniformément répartis entre les 11, 13 et 15 ans.

Le service médical du rectorat de Toulouse assure la coordination nationale de ce projet, en lien avec l'Inserm U558, le Ministère de l'Education Nationale et l'Association pour le développement de HSBC, l'INPES assurant la publication du rapport pour la France. L'OFDT, pour sa part, est un des financeurs et collabore à l'élaboration de la partie du questionnaire concernant les drogues licites ou non, ainsi qu'à son analyse.

L'enquête ESPAD

ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) est une enquête quadriennale initiée au niveau européen en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) avec le soutien du Conseil de l'Europe. Elle cible les élèves de 16 ans, âge de fin de la scolarité obligatoire dans la majorité des pays

européens. La dernière enquête s'est déroulée au deuxième trimestre 2007. Elle a réuni plus de 35 pays dont la France, qui y participait pour la troisième fois consécutive.

L'enquête a été menée selon une méthodologie standardisée appuyée sur un questionnaire commun à l'ensemble des pays participants et auto-administré, chaque échantillon national étant en théorie composé d'au moins 2 400 élèves âgés de 16 ans. Elle offre ainsi une très bonne comparaison des habitudes de consommation de tabac, d'alcool et de drogues des jeunes Européens avec un recul de plus de dix ans. En France, l'enquête est réalisée sous la responsabilité scientifique conjointe de l'OFDT et de l'équipe « santé de l'adolescent » de l'Inserm (U669), en partenariat avec le Ministère de la Jeunesse, de l'Education Nationale et de la Recherche. Elle a reçu l'avis favorable de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'échantillon 2007 a été constitué selon un sondage aléatoire équilibré sur différents critères (type d'établissement, type d'enseignement, localisation des établissements, secteur public ou privé, appartenance éventuelle à une ZEP), avec sélection de deux classes par établissement. Au total, 2 950 élèves nés en 1991 ont rempli individuellement le questionnaire en classe en présence d'un enquêteur chargé de leur présenter l'enquête et d'encadrer la passation. Le taux de participation a atteint 90 %. Après contrôle de la qualité des données, l'échantillon analysé comporte 2 807 élèves (dont 49,4% de filles) représentatifs des adolescents nés en 1991 (taux de scolarisation supérieur à 98% pour cette année de naissance). Les données 2007 ont été redressées afin d'assurer la représentativité des élèves de l'agriculture qui représentent environ 5% des élèves scolarisés en France. Pour les comparaisons entre les différents exercices, si les niveaux correspondent aux prévalences brutes, les tests en revanche portent pour 1999 et 2003 sur des données standardisées sur la structure 2007 sans les élèves de l'agriculture.

L'enquête ESCAPAD

ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Comportements lors de la journée d'Appel de Préparation à la Défense) se déroule, grâce à une collaboration avec la Mission liaison partenariat de la direction du Service national (DSN), lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (la JAPD). Les jeunes qui participent à cette journée répondent à un

questionnaire auto-administré anonyme. Ces adolescents, majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française et sont, pour une grande part, encore scolarisés dans l'enseignement secondaire ou en apprentissage, certains d'entre eux étant déjà actifs ou en études supérieures. L'enquête a été étendue aux DOM en 2001 et aux TOM en 2003. Au fil des exercices, la taille de l'échantillon métropolitain a été augmentée afin d'autoriser les exploitations régionales et départementales.

Un jour donné, le taux de participation à la JAPD est de l'ordre de 90% (nombre de présents sur nombre de convocations). Toutefois, au final, le taux de couverture de la JAPD est bien au-delà de ce ratio : les appelés sont convoqués à plusieurs dates et ont donc plusieurs opportunités de régulariser leur situation. La JAPD est de fait quasi-obligatoire : les participants se voient remettre un certificat nécessaire à l'inscription aux examens soumis à l'autorité publique. Par ailleurs, le taux de participation à l'enquête est supérieur à 99,9% et les taux de réponse aux principales questions sur la drogue supérieurs à 96 %.

En 2008, 240 centres du service national ont été mobilisés pour organiser les enquêtes. En tout 50 235 individus ont été interrogés. Parmi eux 43 799 étaient âgés de 17 ans (dont 49,7% de filles). L'échantillon a été redressé afin de donner à tous les départements leur vrai poids démographique tout en respectant le vrai sex ratio intra-départemental.

L'enquête ESCAPAD a reçu l'avis d'opportunité du Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) ainsi que l'avis favorable de la CNIL.

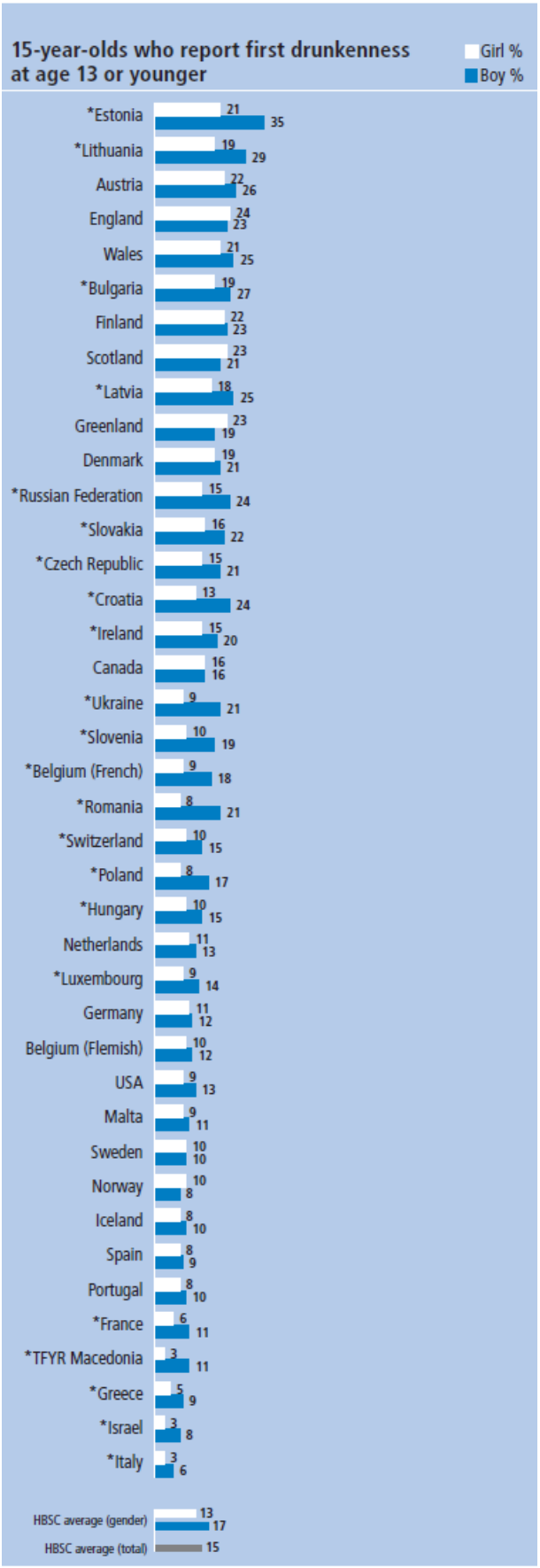
L'enquête Baromètre Santé Jeunes Pays de la Loire

Cette enquête a été menée en 2005 (12 – 25 ans), parallèlement au Baromètre Santé France 2005 (12 – 75 ans) selon un protocole identique. L'échantillon, obtenu par méthode aléatoire (numéros de téléphone appelés au hasard, y compris liste rouge) afin de garantir au mieux l'exactitude des tests statistiques, se compose de 1 517 jeunes résidant dans la région. Les entretiens téléphoniques, réalisés par un institut de sondage agréé, ont été précédés d'une lettre de présentation. L'anonymat et le respect de la confidentialité ont été garantis, conformément aux recommandations de la CNIL.

Le taux de refus global a été de 8% et le taux d'abandon de 6%. Les données ont été pondérées par le nombre de personnes éligibles au sein du ménage contacté et redressées selon les résultats du dernier recensement de la population (INSEE, 1999).

Des comparaisons avec les résultats nationaux et ceux du précédent exercice en 2000 ont pu être effectuées, le contexte de conception et de passation de ces différentes enquêtes garantissant la comparabilité des données.

ANNEXE 2



* Indicates a significant gender difference (at p<0.05). No data available for Turkey

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) 2005/2006

ANNEXE 3

SAAA : Score d'Abus d'Alcool chez l'Adolescent

D'après : Mayer et Filstead. The Adolescent alcohol involvement scale. Journal of Studies on Alcohol, 1979 ; 40 : 291-300

1- A quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?
a) jamais
b) une ou deux fois par an
c) une ou deux fois par mois
d) toutes les semaines
f) tous les jours

2- Quand avez-vous bu pour la dernière fois ?
a) jamais
b) pas depuis un an
c) entre 6 mois et un an
d) il y a plusieurs semaines
e) la semaine dernière
f) hier
g) aujourd'hui

3- Je bois d'habitude car
a) j'aime le goût
b) pour faire comme mes amis
c) je me sens plus adulte
d) je me sens nerveux, tendu, pour oublier mes problèmes
e) je me sens triste, seul, déprimé

4- Que buvez-vous ?
a) vin
b) bière
c) mélanges de boissons alcoolisées
d) alcool fort
e) des substituts en cas de manque d'alcool : médicaments à base d'alcool, produits cosmétiques contenant de l'alcool

5- Comment obtenez-vous de l'alcool ?
a) sous surveillance de parents ou responsables
b) par mes frères et soeurs
c) à la maison sans que mes parents le sachent
d) par mes amis
e) en l'achetant clandestinement

6- Quand avez-vous bu pour la première fois ?
a) jamais
b) récemment
c) après 15 ans
d) entre 13 et 15 ans
e) entre 10 et 13 ans
f) avant 10 ans

7- A quelle heure buvez-vous généralement ?
a) en mangeant
b) le soir
c) dans l'après-midi
d) le plus souvent le matin ou quand je me lève
e) je me lève souvent la nuit pour boire

8- Pourquoi avez-vous bu la première fois ?
a) par curiosité
b) mes parents ou ma famille m'ont proposé del'alcool
c) pour me sentir plus adulte
d) pour être ivre

9- Quelle quantité d'alcool buvez-vous d'habitude ?
a) un verre
b) 2 verres
c) 3 à 6 verres

d) 6 verres ou plus
e) jusqu'à l'ivresse

10- Avec qui buvez-vous de l'alcool ?

a) parents ou famille
b) frères et soeurs seulement
c) avec des amis de mon âge
d) avec des amis plus vieux
e) seul

11- Quel est l'effet le plus important que vous avez eu après consommation d'alcool ?

a) me sentir plus "libéré", plus "relâché"
b) modérément ivre
c) ivre
d) malade
e) perdu connaissance
f) après avoir beaucoup bu, le lendemain je ne me rappelais plus de rien

12- Quel est le plus grand effet que l'alcool a eu sur votre vie ?

a) aucun, sans effet
b) cela m'a gêné pour parler à quelqu'un
c) je n'ai pas pu passer un bon moment
d) cela a interféré avec ma vie scolaire
e) j'ai perdu des amis
f) j'ai eu des problèmes avec ma famille
g) je me suis bagarré ou j'ai détruit des biens
h) mon alcoolisation a provoqué : un accident, une blessure, une arrestation ou un avertissement scolaire

13- Que ressentez-vous de votre alcoolisation ?

a) vraiment aucun problème
b) je peux me contrôler et je peux me mettre des limites
c) je peux me contrôler mais mes amis m'influencent facilement
d) je sais que j'ai des problèmes difficiles avec l'alcool
e) j'ai besoin d'aide pour me contrôler
f) j'ai déjà eu recours à un aide professionnelle pour m'aider

14- Comment vous perçoit votre entourage ?

a) je ne sais pas (ou : je bois normalement pour mon âge)
b) quand je bois j'ai tendance à négliger ma famille ou mes amis
c) ma famille ou mes amis me conseillent de diminuer ou d'arrêter de boire
d) ma famille ou mes amis me conseillent de me faire aider par des professionnels
e) ma famille ou mes amis ont pris contact avec des professionnels pour m'aider

Le maximum est 79.

Une réponse a) est cotée 1, sauf pour les questions 1, 2, 6, 13, et 14 où a) = 0. Une réponse b) équivaut à 2, c) = 3, d) = 4, ainsi de suite jusqu'à h) = 8. En cas de réponse multiple, prendre le score le plus élevé. Une absence de réponse est cotée 0.

Dans l'étude princeps un score de **0 à 19** est retrouvé pour des adolescents normaux. De **20 à 41**, il s'agit d'adolescents buveurs occasionnels sans problème particulier. Le chiffre **42 est le "cut-off"** qui détermine les difficultés à l'égard de l'alcool. De **42 à 57**, le groupe est caractérisé "abus d'alcool". **Au dessus de 58** les adolescents sont considéré comme dépendants de l'alcool.

BIBLIOGRAPHIE :

Adès J, Lejoyeux M, Tassin V. Sémiologie des conduites de risques in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie. Editions techniques, Paris. 1994 ; 37-114- A-70.

Adès J. Conduites de dépendance et recherche de sensations in *Dépendance et conduits de dépendance* sous la direction de D. Bailly et J-L Venisse. Masson, Paris. 1994 ; 147-166.

Alvin P, Marcelli D. *Médecine de l'adolescent*. Masson, Paris. 2005 ; 453 p.

Alvin P. L'alcool et les jeunes en France. *Archives de pédiatrie*. 2003; 10 (Suppl 1) : 137-47. Référence ajoutée attention décalage

Andrew M, Cronin C. Two measures of sensation seeking as predictors of alcohol use among high school males. *Personality and Individual Differences*. 1997; 22(3): 393–401.

Assailly JP. *Jeunes en danger. Les familles face aux conduites à risque*. Imago, Paris. 2007, 245 p.

Assailly JP. La psychopathologie développementale de la prise de risques, de l'addiction et de la transgression. *Archives de pédiatrie*. 2008 ; 15 : 761-2.

Assailly JP. Les conduites à risque : du danger à la loi, des gènes aux pairs… Que nous apprend l'épidémiologie des influences familiales et sociales ? *Toxibase.* 2003 ; 11 : 1-14.

Aubert N. L'individu hypermoderne : un individu « dans l'excès », in *Dépendances, paradoxes de notre société* dirigé par Aïn J. Erès, Paris. 2006 (2004) ; 320 p.

Barnett NP, Spirito A, Colby SM, Vallee JA, Woolard R, Lewander W et al. Detection of alcohol use in adolescent patients in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 1998 ; 5 : 607-12.

Beck KH, Summons TG, Thombs DL. A factor analytic study of social context of drinking in a high school population. *Psychology of Addictive Behavior.* 1991; 5(2): 66–77.

Behrendt S, Wittchen HU, Höfler M, Lieb R, Beesdo K. Transitions from first substance use disorders in adolescence: is early onset associated with a rapid escalation? *Drug Alcohol Depend*. 2009; 99(1-3): 68-78.

Behrendt S, Wittchen HU, Höfler M, Lieb R, Low NC, Rhem J, Beesdo K. Risk and speed of transitions to first alcohol dependence symptoms in adolescents: a 10 years longitudinal community study in Germany. *Addiction*. 2008; 103(10): 1638-47.

Blos P. Le second processus d'individuation à l'adolescence. *Psychoanal Study Child*. 1967 ; 22 : 162-186.

Blos P. Son and father. *J Am Psychoanal Ass*. 1984; 32: 301-24.

Bonomo YA, Bowes G, Coffey C, Carlin JB, Patton GC. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction*. 2004; 99(12): 1489-90.

Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attemps: risks and protectors. *Pediatrics*. 2001; 107(3) : 485-93.

Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviors. *Alcohol. Alcohol.* 2006; 41(5): 473-8.

Brain K, Parker H, Carnwath T. Drinking with design: young drinkers as psychoactive consumers. *Drugs-Education Prevention and Policy.* 2000; 7 : 5-20.

Broadbent R. Young people's perceptions of their use and abuse of alcohol. *Youth Studies Australia*. 1994; 32–35. Vérif n° référence

Brown SA, Tapert SF, Grahholm E, Delis DC. Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcohol Clin Exp Re.s.*2000; 24: 164– 71.

Brusset B. Les vicissitudes d'une déambulation addictive. Essai métapsychologique. Revue française de psychanalyse. 1990 ; 54(3) : 671-687.

Buchmann AF, Schmid B, Blomeyer D, Becker K, Treutlein J, Zimmermann US, Jennen-Steinmetz C, Schmidt MH, Esser G, Banaschewski T, Rietschel M, Schumann G, Laucht M. Impact of age at first drink on vulnerability to alcohol-related problems: testing the marker hypothesis in a prospective study of young adults. *J Psychiatr Res*. 2009; 28 (epub ahead of print).

Butler J. *Défaire le genre*. Amsterdam, Paris. 2006 ; 320 p.

Cahn R. *Adolescence et folie. Les déliaisons dangereuses*. PUF (Le fil rouge), Paris. 1991; 292 p.

Cahn R. Le processus de subjectivation à l'adolescence in *Adolescence et Psychanalyse : une histoire* sous la direction de M. Perret-Catipovic et F. Ladame. Delachaux et Niestlé, Lausanne. 1997 ; p 213-217.

Callois R. *Les jeux et l'homme.* Gallimard, Paris. 1958 ; 335 p.

Chabalier H. *Alcoolisme : le parler vrai, le parler simple*. Robert Laffont, Paris. 2006, 158 p.

Champion HLO, Foley KL, DuRant RH et al. Adolescent sexual victimization, use of alcohol and other substances, and other health risk behaviors. *J Adolesc Health.* 2004; 35: 321–8.

Charles-Nicolas A, Valleur M. Du sens dans la prise de risque : les conduites ordaliques. *Neuro-psy*. 1996 ; 11(8) : 224-230.

Charles-Nicolas A., Valleur M. *Les conduites ordaliques in La vie du toxicomane* sous la direction de C. Olievenstein. PUF, Paris.1982 ; 112 p.

Chen CY, Storr CL, Tang GM, Huang SL, Hsiao CK, Chen WJ. Early alcohol experiences and adolescent mental health: a population based study in Taïwan. *Drug Alcohol Depend*. 2008; 95(3): 209-18.

Chen CY, Storr CL, Tang GM, Huang SL, Hsiao CK, Chen WJ. Early alcohol experiences and adolescent mental-health: a population based study in Taiwan. *Drug and Alcohol Dependence.* 2008; 95: 209-18.

Clarck DB, Thatcher DL, Tapert SF. Alcohol, psychological dysregulation and adolescent brain development. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008; 32(3): 375-85.

Corcos M, Jeammet P. Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence : la force et le sens. *Psychotropes*. 2006 ; 12(2) : 71-91.

Corcos M. Histoire d'un déplacement, déplacement d'une histoire – La question de la dépendance in *Alcool et adolescence* sous la direction de P. Huerre et F. Marty. Albin Michel, Paris. 2007 ; 108-15.

Corcos M. *Le corps absent*. Dunod, Paris. 2001 ; 344 p.
Coslin PG. De la fête à l'abus in *Alcool et Adolescence* sous la direction de Huerre P et Marty F. Albin Michel, Paris. 2007 ; 409 p : 19-30.

Coslin PG. De la fête à l'abus in *Alcool et adolescence* sous la direction de P. Huerre et F. Marty. Albin Michel, Paris. 2007 ; 19-30.

Coslin PG. *Les conduites à risque à l'adolescence*. Armand Colin, Paris. 2003 ; 216 p.
Coslin PG. Les jeunes et l'alcool in *Les conduites à risque à l'adolescence*. Armand Colin, Paris. 2006 ; 214 p : 115-30.

Crundall IA. Perceptions of alcohol by student drinkers at university. *Drug and Alcohol Review*. 1995; 14(4): 363–8.

Dagnaud M. *La teuf. Essai sur le désordre entre générations*, Paris, Le Seuil. 2008 ; 200 p.

Dagnaud M. *La Teuf. Essais sur le désordre des générations.* Seuil, Paris. 2009. 207 p.
Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Ruan WJ, Grant BF. Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008; 32(12): 2149-60.

De Bellis MD, Narasimhan A, Thatcher DL, Keshavan MS, Soloff P, Clarck DB. Prefrontal cortex, thalamus and cerebellar volumes in adolescents and young adults with adolescent-onset alcohol use disorders and comorbid mental disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29(9): 1590-600.

De Felice P. *Poisons sacrés, ivresses divines, essai sur quelques formes inférieures de la mystique*. Albin Michel, Paris. 1936; 397 p.

Deleuze G. *Deux régimes de fous - Textes et entretiens 1975-1995*. Editions de Minuit (Paradoxes), Paris. 2003; 384 p.

Denis P. *La dépression chez l'enfant, réaction innée ou élaboration ? La psychiatrie de l'enfant*. 1987 ; 30(2) : 301-328.

Desombre H, Malvy J, Wiss M. *La pédopsychiatrie de liaison, organisation et missions.*Masson, Paris. 2004 ; 118p.
Dowdall GW, Crawford M, Weschler H. Binge drinking among American college women. *Psychology of Women Quarterly*. 1998; 22 : 705–15.

Dube R, Miller JW and al. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of adolescence health*. 2006; 38(4) : 444-10.
Durkin KF, Wolfe TW, Clark G. Social bond theory and binge drinking among college students: A multivariate analysis. *College Student Journal.* 1999; 33(3): 450-62.

Ehrenberg A. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Poches Odile Jacob, Paris. 1998 ; 414 p.
Ehrenberg A. *Le culte de la performance*. Hachette (Pluriel), Paris. 1991 ; 323 p.

Freud A. Child observation and prediction of development. *Psychoanalytic Study of the Child.* 1958; 13: 92-116.

Freud S. Au-delà du principe de plaisir in *Essais de psychanalyse*. Payot, Paris. 1966 (1920) ; 7-82.
Freud S. Deuil et mélancolie in *Métapsychologie*. Gallimard, Paris. 1986 (1915);145-171.

Freud S. Pour introduire le narcissisme (Chapitre V) in *La vie sexuelle*. Puf, Paris. 1970 (1914) ; 96 p.

Galland O. Individualisation des mœurs et choix culturels in *Les publics de la culture. Politiques publiques et équipements culturels.* Presses de Sciences-Po, Paris. 2003 ; 393 p.

Garcia-Moreno LM, Exposito J, Sanhueza C, Angulo MT. Prefrontal activity and week-end alcoholism in the young. *Adicciones*. 2008; 20(3): 271-9.

Gasquet I, Alvin P, Deveau A. *Qui sont les adolescents consultant aux urgences et comment sont-ils pris en charge ? Enquête auprès de six hôpitaux de l'AP-HP*. Les rapports de l'AP-HP, Paris. 1999.

Gauchet M. L'enfant du désir. *Le Débat*. 2004 ; 132 : 98-121.

Goguel d'Allondans T, Adams A. *Rites de passages : d'ailleurs, d'ici, pour ailleurs*. Eres, Paris. 1994 ; 147 p.

Goldman M. NIAAA Council Approves Definition of Binge Drinking. *NIAAA Newsletter*. 2004; 3(3): 3.

Golse B. Travail de liaison à l'adolescence. *Encycl Med Chir, Psychiatrie*, Editions techniques, Paris. 1992 ; 37216L : 1-4.

Grant B, Dawson D: Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence. Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Substance Abuse*. 1997; 9: 103–10.

Green A. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Editions de Minuit (Critique), Paris. 1983 ; 288 p.

Grucza RA, Norberg K, Bucholz KK, Bierut LJ. Correspondance between secular changes in alcohol dependence and age of drinking onset among women in the United States. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008; 32(8): 1493-501.

Gutton P. *Conduites à risque in Dictionnaire de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent* sous la direction de D. Houzel. PUF, Paris. 2000, 756 p.

Gutton P. *Le pubertaire*. Puf (Quadrige), Paris. 1991 ; 322 p.

Häggström-Nordin E, Hanson U, Tyden T. Sex behavior among high school students in Sweden : improvement in contraceptive use over time. J Adolesc *Health*. 2002; 30: 288-95.

Haim A. *Les suicides d'adolescents*. Payot, Paris. 1969 ; 303 p.

Hayeck F. Chapitre V in *La route de la servitude*. Puf (Quadrige), Paris. 2005 (1944) ; 176 p.

Haynes JC, Farell M, Singleton N, Meltzer H, Araya R, Lewis G, Wiles NJ. Alcohol consumption as a risk factor for non-recovery from common mental disorder: results from the longitudinal follow-up of the National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychol. Med.* 2008; 38(3): 451-5.

Hefez S. En famille. Quand les enfants trinquent in *Alcool et adolescence* sous la direction de P. Huerre et F. Marty. Albin Michel, Paris. 2007 ; 192-204.

Héritier F. *Masculin-féminin. La pensée de la différence (volume I)*. Odile Jacob, Paris. 1996 ; 332 p.

Hibell B, *et al. The ESPAD report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 european countries.* CAN (Council for Information on Alcohol and other Drugs), Stockholm. 2004. 355 p.

Hicks BA, Morris Jr JA, Bass SM, Holcomb III GW, Neblett WW. Alcohol and the adolescent trauma population. *Journal of Pediatric Surgery.* 1990; 25: 944–8.

Hill KG, White HR, Chung IJ, Hawkins JD, Catalano RF. Early adult outcomes of adolescent binge drinking: person and variable-centered analyses of binge drinking trajectories. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000; 24(6): 892-901.

Hingson RW, Edwards EM, Heeren T, Rosenbloom D. Age of drinking onset and injuries, motor vehicle crashes and physical fights after drinking and when not drinking. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009; 33(5): 783-90.

Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age of alcohol dependance onset: association with severity of dependance and seeking treatment. *Pediatrics*. 2006; 118(3): 755-63.

Hingson RW, Zha W. Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics*. 2009; 123(6): 1477-84.

Huerre P. Introduction in *Alcool et adolescence* sous la direction de P. Huerre et F. Marty. Albin Michel, Paris. 2007 ; p 9-15.

Huerre P. *L'adolescence n'existe pas. Histoire des tribulations d'un artifice*. Odile Jacob, Paris. 2002 ; 304 p.

Hughes K, MacKintosh AM, Hastings G et al. Young people, alcohol, and designer drinks: a quantitive and qualitative study. *British Medical Journal.* 1997; 314(7078): 414-8.

Ichiyama MA, Kruse MI. The social contexts of binge drinking among private university freshmen. *Journal of Alcohol and Drug Education*. 1998; 44(1): 18–33.

Jeammet P, Corcos M. *Evolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements*. Doin, Paris. 2005, 94 p.

Jeammet P. Dépendance et séparation à l'adolescence – point de vue psychodynamique in *Dépendance et conduits de dépendance* sous la direction de D. Bailly et J-L Venisse. Masson, Paris. 1994 ; 134- 43.

Jeammet P. Le moi à l'épreuve de la liberté. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2007 ; 55(5-6) : 321-8.

Jeammet P. Les enjeux identificatoires à l'adolescence. *J Psychanal Enfant*. 1991 ; 10 : 140-163.

Kandel DB. Persistent themes and new perspectives on adolescent substance use: a lifespan perspective in *New perspectives on adolescent risk behavior* directed by Jessor R. Cambridge University Press. 1998; 43-89.

Karila L. et al. Un comportement à causes multiples in *Alcool et adolescence* sous la direction de P. Huerre et F. Marty. Albin Michel, Paris. 2007 ; 409 p : 31-9.

Kaufmann JC. *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Hachette Littératures (Pluriel), Paris. 2004 ; 351 p.

Khaylis A, Trockel M, Taylor CB. Binge drinking in women at risk for developing eating disorders. *Int. J. Eat. Disord*. 2009; 42(5): 409-14.

Komro KA, Maldonado-Molina MM, Tobler AL, Bonds JR, Muller KE. Effects of home access and availability of alcohol on young adolescents alcohol use. *Addiction*. 2007; 102(10): 1597-608.
Kopp P, Fenoglio P. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. *Etude OFDT*. 2000; 22. Nombre de pages

Kraus L, Baumeister SE, Pabst A, Orth B. Association of average daily alcohol consumption, binge drinking and alcohol-related social problems: results from the German Epidemiological Surveys of Substance Abuse. *Alcohol Alcohol*. 2009; 44(3): 314-20.

Laufer M. Psychopathologie de l'adolescent : quelques principes d'évaluation et de traitement. *Adolesc*. 1983 ; 1(1) : 13-28.

Lazartigues A, Morales H, Saint-André S, Planche P. L'enfant au risque d'un nouveau monde. *L'évolution psychiatrique*. 2006; 71: 331-347.

Lazartigues A, Planche P, Saint André S, Morales H. Nouvelle société, nouvelles familles : nouvelle personnalité de base ? De la personnalité névrotique à la personnalité narcissicohédoniste. *L'encéphale*. 2007 ; 33(2) : 293-9.

Lazartigues A. *Nouvelles familles, nouveaux enfants, nouvelles pathologies. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2007 ; 55(5-6) : 304-20.

Le Breton D. *Conduites à risque : des jeux de morts aux jeux de vivre*. PUF (Quadrige), Paris. 2004 ; 223 p.

Le Breton D. *L'adolescence à risque*. Autrement, Paris. 2002 ; 184 p.

Le Breton D. *Passions du risque*. Métailié (Traversées), Paris. 1991 ; 185 p.

Le Fourn M. Pourvu qu'on ait l'ivresse et le flacon in *Alcool et adolescence* sous la direction de P. Huerre et F. Marty. Albin Michel, Paris. 2007 ; p 119-131.
Leeming D, Hanley M, Little S. Young people's images of cigarettes, alcohol and drugs. *Drugs-Education Prevention and Policy.* 2002; 9: 169-85.

Lefort C. Réversibilité : liberté politique et liberté de l'individu in *Essais sur le politique – XIXe siècle-XXe siècle.* Le seuil, Paris. 1986 ; 216 p.
Legleye S, Beck F, Spilka S, Le Nezet O. Drogues à l'adolescence en 2005 – Niveaux, contextes d'usages et évolutions à 17 ans en France –Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD. *Enquêtes en population générale OFDT*. 2007 ; 1-77.

Legleye S, Spilka S, Le Nezet O, Beck F, Godeau E. Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence - Résultats du volet français de l'enquête HSBC 2006. *Tendances.*2008; 59 : 1-4.

Legleye S, Spilka S, Le Nezet O, Hassler C, Choquet M. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans - Evolutions, usages récents, accessibilité et modes de vie. Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2007. *Tendances.* 2009 ; 64 : 1-6.

Legleye S, Spilka S, Le Nezet O, Laffiteau C. Les drogues à 17 ans – Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. *Tendances*. 2009 ; 66 : 1-6.

Linton R. *Le fondement culturel de la personnalité*. Dunod (Psycho Sup.), Paris. 1999 (1945) ; 138 p.
Lipovestsky G. *Le crépuscule du devoir*. Folio essais, Paris. 2000 ; 367 p.

Liu X, Kaplan HB. Reexamining Gender Differences in Circumstances Surrounding Initiation and Escalation of Binge Drinking. *International Journal of Sociology and Social Policy*. 1996; 16(5/6): 26-51.

Mahler V. Quand le marketing cible les jeunes in *Alcool et Adolescence* sous la direction de Huerre P et Marty F. Albin Michel, Paris. 2007 ; 409 p : 132-51.

Main M, Kaplan N et al. Security in infancy, childhood and adulthood : a move to the level of representation in *Growing points of attachement theory and research, Monographs for the society for research in child development* by Bertherton I et al. 1985; 50(1-2): 66-104.

Malinowski B. *The Meaning of Meaning*. Ogden et Richards, 1923, p.313. vérif référence+ ville édition

Marcelli D et al. Proposition pour une échelle d'Évaluation des Conduites de Risque et d'Accident (ECRA). Annales Médico Psychologiques. 2008 ; 166 : 691-701.

Marcelli D. Adolescence et subjectivation. Une déconstruction de l'intersubjectivité ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2007 ; 55(5-6) : 251-7.

Marcelli D. Adolescence et subjectivation. Une déconstruction de l'intersubjectivité ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2007 ; 55(5-6) : 251-7.

Marcelli D. Entretien avec l'adolescent et son évaluation. . *Encycl Med Chir, Psychiatrie*, Editions techniques, Paris. 1991 ; 37213A : 1-9.

Marcelli D. L'adolescence, parcours à risques in *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?* sous la direction de J-L. Venisse, D. Bailly et M. Reynaud. Masson, Paris. 2002 ; 51-8.

Marcelli D. *L'enfant, chef de la famille. L'autorité de l'infantile.* Albin Michel, Paris. 2003 ; 304p.

Marty F. A propos de la résistance narcissique à l'investissement de l'objet à l'adolescence. *Le Carnet Psy*. 1998 ; 38 : 20-2.

Marty F. La dépendance, un déni de perte in *Alcool et adolescence* sous la direction de P. Huerre et F. Marty. Albin Michel, Paris. 2007 ; p 59-78.

Marty F. La dépendance, un déni de perte ? La dépression masquée in *Alcool et adolescence* sous la direction de P. Huerre et F. Marty. Albin Michel, Paris. 2007 ; p 59-78.

Mc Dougall J. Chap. V : Etats psychosomatiques, névrose d'angoisse et hystérie in *Le théâtre du Je*. Gallimard, Paris. 1982 ; 97-9.

McCarty CA, Ebel BE, Garrison MM, DiGiuseppe DL, Christakis DA, Rivara FP. Continuity of binge drinking from late adolescence to early adulthood. *Pediatrics*. 2004; 114(3): 714-9.

McQueeny T, Schweinsburg BC, Schweinsburg AD, Jacodus J, Bava S, Frank LR, Tapert SF. Altered white matter integrity in adolescent binge drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009; 33(7): 1278-85.

Medina KL, McQueeny T, Nagel BJ, Hanson KL, Schweinsburg AD, Tapert SF. Prefrontal cortex volumes in adolescents with alcohol use disorders: unique gender effects. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008; 32(3): 386-94.

Meropol SB, Moscati RM, Lillis KA, Ballow S, Janicke DM. Alcohol-related injuries among adolescents in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1995 ; 26 : 180-6.

Metzner C, Kraus L. The impact of alcopops on adolescent drinking: a literature review. *Alcohol and Alcoholism.* 2008; 43(2): 230-9.

Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*. 2007;119(1):76-85.

Misès R. L'approche psychopathologique chez les enfants issus des « nouvelles familles ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2007 ; 55(5-6) : 301-3.

Misès R. L'approche psychopathologique chez les enfants issus des « nouvelles familles ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2007 ; 55(5-6) : 301-3.
Moreira TC, Belmonte EL, Vieira FR, Noto AR, Ferigolo M, Barros HMT. Community violence and alcohol abuse among adolescents : a sex comparison. *Jornal de Pediatria.* 2008; 84(3): 244-50.

Morin E. *Sociologie. Fayard*, Paris. 1984 ; 464 p.
Moss HB, Kirisci L, Gordon HW, Tarter RE. A neuropsychologic profile of adolescent alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994; 18: 159– 63.

Muszlak M, Picherot G. Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences. Une enquête prospective française. *Alcoologie et Addictologie.* 2005 ; 27 : 5-12.
Nahoum-Grappe V. in *Ivresses – XXIVème Journée de Fontevraud*. 6 juin 2009 (à paraître).

Nahoum-Grappe V. Introduction in *La culture de l'ivresse*. Quai Voltaire, Paris. 1991 ; 216 p: 9-14.

Nahoum-Grappe V. *La culture de l'ivresse – Essai de phénoménologie historique*. Quai Voltaire, Paris. 1991 ; 216 p.

Nahoum-Grappe V. La question de l'ivresse in *La culture de l'ivresse*. Quai Voltaire, Paris. 1991 ; 216 p: 15-42.

Nahoum-Grappe V. Le décor de l'ivresse in *La culture de l'ivresse*. Quai Voltaire, Paris. 1991 ; 216 p: 91-140.

Nahoum-Grappe V. Le lien social in *La culture de l'ivresse*. Quai Voltaire, Paris. 1991 ; 216 p: 141-82.

Nahoum-Grappe V. Le scénario de l'ivresse in *La culture de l'ivresse*. Quai Voltaire, Paris. 1991 ; 216 p: 43-90.

Nietzsche F. *Généalogie de la morale*. Gallimard (Folio essais), Paris. 2007 (1887) ; 212 p.
Nordmann R. Evolution des conduites d'alcoolisation des jeunes: motifs d'inquiétude et proposition d'action. *Académie de Médecine*. 2007; 7 p.

Norman P, Bennett P, Lewis H. Understanding binge drinking among young people: An application of the Theory of Planned Behaviour. *Health Education Research*. 1998; 13(2): 163–9.

Oei TPS, Morawska A. A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addictive Behaviors*. 2004; 29(1): 159–79.
Okoro CA, Brewer RD, Naimi TS, Moriarty DG, Giles WH, Mokdad AH. Binge drinking and health-related quality of life: do popular perceptions match reality? *Am. J. Prev. Med*. 2004; 26(3): 230-3.

Paljärvi T, Koskenvuo M, Poikolainen K, Kauhanen J et al. Binge drinking and depressive symptoms : a five years population-based cohort study. *Addiction*. 2009; 104(7): 1168-78.
Pélicier Y. Le statut de l'ivresse dans le fonctionnement mental in *Les ivresses – sens et non sens* sous la direction de Pélicier Y. L'esprit du temps, Paris. 1994 ; 315 p : 7-14.

Phan O. *Binge drinking* chez les jeunes Européens : les programmes allemands et néerlandais de prévention. INPES, *La santé de l'homme*. 2008; 338 : 36-8.

Picherot G, Muszlak M, David V, Dufilhol-Dréno L, Alvin P, Armengaud D, Boudaillez B, Jobert A, Le Bideau M, Lemerle S, Le Roux P, Renaud H, Goddon R, Deneuville E. Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences: enquête prospective multicentrique. Archives de Pédiatrie. 2003; 10(1) : 140-2.
Picherot G, Muzslack M, Hazart I, Gras D, Dréno L, Gras-Leguen C. Alcool et adolescence. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2007; 20(8) : 321-4.

Pommereau X. *L'ado à fleur de peau, ce que révèle son apparence.* Albin Michel, Paris. 2006, 265 p.
Pommereau X. *L'adolescent suicidaire*. Dunod, Paris. 2005 (3ème édition) ; X pages.
Pringuey D. Phénoménologie de l'ivresse in *Ivresses – XXIVème Journée de Fontevraud*. 6 juin 2009 (à paraître).

Roberts C, Blackey V, Tudor-Smith C. The impact of "alcopops" on regular drinking by young people in Wales. *Drugs-Education Prevention and Policy.* 1999; 6: 7-15.

Romanus G. Alcopops in Sweden – a supply side initiative. *Addiction.* 2000; 95 (Suppl 4): 609-19.

Rothman E and al. Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*. 2009; 122(2) : 298-304.
Rothman EF, DeJong W, Palfai T, Saitz R. Relationship of age of first drink to alcohol-related consequences among college students with unhealthy alcohol use. *Subst Abus*. 2008; 29(1): 33-41.

Sakai JT, Hall SK, Mikulich-Gilbertson, SK et al. Inhalant use, abuse, and dependence among adolescent patients: Commonly comorbid problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 43: 1080–8.

Schulenberg J, O'Malley PM, Bachman JG, Wadsworth KN, Johnston LD. Getting drunk and growing up: Trajectories of frequent binge drinking during the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*. 1996; 57(3): 289–304.

Schulenberg J, Wadsworth KN, O'Malley PM, Bachman JG, Johnston LD. Adolescent risk factors for binge drinking during the transition to young adulthood: Variable and pattern-centred approaches to change. *Developmental Psychology.* 1996; 32(4): 659–74.

Selosse J. Conduites de risque in *Dictionnaire de Psychologie* sous la direction de R. Doron et F. Parot. PUF, Paris. 1998 ; 768 p.
Singly (de) F. *Libres ensemble*. Nathan (Essais et Recherches), Paris. 2003 ; 250 p.
Sowell ER, Thompson PM, Toga AW. Mapping changes in the human cortex throughout the span of life. *Neuroscientist*. 2004; 10: 372–92.

Squeglia LM, Jacobus J, Tapert SF. The influence of substance use on adolescent brain development. *Clin EEG Neurosci*. 2009; 40(1): 31-8.

Steinhausen HC, Eschmann S, Heimgartner A, Metzke CW. Frequency, course and correlates of alcohol use from adolescence to young adulthood in a Swiss community survey. *BMC Psychiatry*. 2008; 17 (8): 5.

Stolle M, Sack PM and Thomasius R. Binge Drinking in Childhood and Adolescence: Epidemiology, Consequences, and Interventions, review article. *Deutsches Arzteblatt International*. 2009; 106(19): 323–8.

Strandheim A, Holmen TL, Coombes L, Bentzen N. Alcohol intoxication and mental health among adolescents – a population review of 8983 young people, 13-19 years in North-Trondelag, Norway: the Young-HUNT Study. Clinical and Adolescent *Psychiatry and Mental Health.* 2009; 3-18.

Sundell L, Salomaa V, Vartiainen E, Poikolainen K, Laatikainen T. Increased stroke risk is related to a binge-drinking habit. *Stroke.* 2008; 39(12) : 3179-84.

Sutter J. L'ivresse est une régression in *Les ivresses – sens et non sens* sous la direction de Pélicier Y. L'esprit du temps, Paris.1994 ; 315 p : 99-103.

Swahn MH, Bossarte RM, Sullivent EE. Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. *Pediatrics*. 2008; 121(2): 297-305.

Swahn MH, Bossarte RM. Gender, early alcohol use and suicide ideation and attemps: findings from the 2005 Youth Risk Behavior Survey. *J Adolesc Health*. 2007; 41: 175-81.

Syre TR, Martino-McAllister JM, Vanada LM. Alcohol and other drug use at a university in the southeastern United States: Survey findings and implications. *College Student Journal*. 1997; 31(3): 373–81.

Tallec A, *et al*. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005 – Consommations d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans. *Observatoire régional des Pays de la Loire.* 2006 ; 1-23.

Tisseron S. L'enfant au risque des médias. Enfance Psy. 2004; 2(26): 15-21.

Turrisi R. Cognitive and attitudinal factors in the analysis of alternatives to binge drinking. *Journal of Applied Social Psychology.* 1999; 29(7): 1512–35.

Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG, Gronvold NT, Ekberg O. Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: A study of two nation-wide Norwegian samples of medical students. *Addiction.* 1998; 93(9) : 1341–9.

Van der Vorst H, Engels RC, Meeus W, Dekovic M. The impact of alcohol-specific rules, parental norms about early drinking and parental alcohol use on adolescents drinking behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(12): 1299-306.

Vieira DL, Ribeiro M, Laranjeira R. Evidence of association between early alcohol use and risk of later problems. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29(3): 222-7.

Viner RM, Taylor B. Adult outcomes of binge drinking in adolescence: findings from a UK national birth cohort. J. Epidemiol. *Community Health*. 2007; 61(10): 902-7.

Weschler H, Dowdall GW, Davenport A, Castillo S. Correlates of student binge drinking. *American Journal of Public Health*. 1995; 85(7): 921–6.

Weschler H, Dowdall GW, Davenport A, Rimm EB. A gender-specific measure of binge drinking among college students. *American Journal of Public Health*. 1995; 85(7): 982–5.

Weschler H, Dowdall GW, Maenner G, Hill-Hoyt JG, Lee H. Changes in binge drinking and related problems among American college students between 1993 and 1997: Results of the Harvard School and Public Health College Alcohol Study. *Journal of American College Health*. 1998; 47(2): 57–68.

White M, Jamieson-Drake DW, Swartzwelder HS. Prevalence and correlates of alcohol-induced blackouts among college students: results of an e-mail survey. *J Am Coll Health.* 2002; 51:117– 31.

Wicki M, Gmel G, Kuntsche E et al. Is alcopop consumption in Schwitzerland associated with riskier drinking patterns and more alcohol-related problems ? *Addiction.* 2006; 101(4): 522-33.

Wilson N, Syme SL, Boyce WT et al. Adolescent alcohol, tobacco, and marijuana use: The influence of neighborhood disorder and hope. *American Journal of Health Promotion*. 2005; 20: 11–9.

Windle M. Suicidal behaviors and alcohol use among adolescents: a developmental psychopathology perspective. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004; 28(5 Suppl): 29-37.

Windle M. Suicidal behaviors and alcohol use among adolescents: a developmental psychopathology perspective. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004; 28: 29–37.

Windle, M. Alcohol use among adolescents and young adults. *Alcohol Research & Health*. 2003; 27: 79–85.

Young SE, Corley RP, Stallings MC. et al. Substance use, abuse and dependence in adolescence: Prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*. 2002; 63: 309–22.

Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, Sterling ML. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine. 2005*; 40: 23–32.

Zuckerman M. Is sensation-seeking a predisposing trait for alcoholism? In *Stress and addiction d*irected by Gotheil E and al. Brunner-Mazel, New-York. 1987; 352 p : 283-301.

PLAN DETAILLE

PREMIERE PARTIE : CONNAITRE LES NOUVELLES MODALITES DU « BOIRE » ADOLESCENT ET SES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE

1. EPIDEMIOLOGIE : DE NOUVELLES FORMES D'ALCOOLISATION A L'ADOLESCENCE.

1.1. Introduction.

1.1.1. Présentation des enquêtes utilisées.

1.1.2. Quelques définitions.

1.2. L'initiation à l'alcool: des expérimentations de l'alcool et de l'ivresse précoces et importantes selon HSBC 2006.

1.2.1. Une expérimentation de l'alcool précoce.

1.2.2. Les premières boissons alcoolisées consommées orientées par le goût et l'accessibilité.

1.3. Les consommations d'alcool à 15 ans d'après HSBC 2006.

1.3.1. Une diffusion quasiment achevée vers 15 ans.

1.3.2. Un sex ratio évolutif, vers une sexuation des usages.

1.3.3. Sociabilité et santé perçue en lien avec l'usage de produits psychoactifs.

1.3.4. Conclusions à propos de l'enquête HSBC 2006.

1.4. Les usages de l'alcool à 16 ans selon l'enquête ESPAD 2007.

1.4.1. L'alcool est un produit courant, l'ivresse une expérience connue et les alcoolisations massives ponctuelles une pratique familière.

1.4.2. Un choix de boissons qui se modifie et des alcools perçus comme accessibles.

1.4.3. Poly-expérimentation plus que polyconsommation régulière.

1.4.4. Evolution récente des usages à 16 ans (1999-2007).

1.4.5. Evolution de la sociabilité des adolescents de 16 ans.

1.4.6. Conclusions à propos de l'enquête ESPAD 2007.

1.5. Les conduites d'alcoolisation à 17 ans selon l'enquête ESCAPAD 2008.

1.5.1. Evolution des usages de 2000 à 2008 : des alcoolisations plus occasionnelles mais plus massives.

1.5.2. Des contextes de consommation festifs et de non consommation par goût.

1.5.3 Des usages en lien avec la situation familiale et scolaire.

1.5.4. Conclusion à propos de l'enquête ESCAPAD 2008.

1.6. Regards européen et régional

1.6.1. Place de la France par rapport au reste de l'Europe.

1.6.2. Les consommations d'alcool des jeunes des Pays de la Loire : une situation défavorable qui perdure.

1.7. Conclusion.

2. REGARDS SOCIOLOGIQUES SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL DES JEUNES EN FRANCE

2.1. Introduction.

2.2 Aspects culturels et historiques de l'ivresse en France.

2.2.1. Qu'est-ce que le Boire dans la culture française ?

2.2.2. Qu'est-ce que l'ivresse, d'un point de vue anthropologique ?

2.2.2.1. L'ivresse est un état de conscience modifiée.

2.2.2.2. L'ivresse est une aventure du corps et de l'esprit.

2.2.2.3. L'ivresse est une soif humaine.

2.2.2.4. L'ivresse est une démesure vertigineuse qui implique un dépassement de la limite.

2.2.2.5. L'ivresse est une tentative de mieux saisir sa présence au monde.

2.2.3. Le scénario et le décor de l'ivresse dans la culture occidentale.

2.2.3.1. Le début de l'ivresse : le premier temps de la valse.

2.2.3.2. Le deuxième temps de la valse : in vino veritas.

2.2.3.3. Le troisième temps de la valse : la chute.

2.2.4. L'ivresse et le lien social.

2.2.4.1. Le savoir anticipé universel sur l'ivresse comme communication.

2.2.4.2. La communication est un rapport de forces pacifié par l'ivresse partagée.

2.2.4.3. Les gestes du boire permettent de signifier la constitution d'un « être ensemble ».

2.2.4.4. L'expérience de disjonction induite par l'ivresse permet de vérifier le lien social et d'assurer l'identité.

2.2.4.5. L'ivresse a une fonction symbolisatrice riche et complexe.

2.2.5. Le sens de l'ivresse.

2.3. La société face à l'alcoolisation des jeunes : une succession de paradoxes.

2.3.1. Introduction.

2.3.2. Les jeunes et l'alcool, un marché juteux en pleine expansion.

2.3.2.1. Les alcopops, des boissons prêtes à boire, spécialement conçues pour le jeune public.

2.3.2.2. Le marketing ciblé, un « détournement de mineurs » ?

2.3.2.3. Des partenariats douteux

2.3.3. Le *binge drinking* : une définition brumeuse.

2.3.3.1. La « biture express », le nouveau fléau menaçant nos adolescents ?

2.3.3.2. La définition du *binge drinking* dans la littérature scientifique.

2.3.3.3. Pourquoi le binge drinking ?

2.3.3.4. Deux typologies de *binge drinking* ?

2.4. Ce que dit la loi : la législation française sur les mineurs et l'alcool.

2.4.1. Introduction : une brève histoire de la législation française en matière d'alcool.

2.4.2. Le nouveau dispositif législatif de protection des mineurs vis-à-vis de l'alcool.

2.4.2.1. Une nouvelle loi motivée par l'évolution de la consommation d'alcool des jeunes.

2.4.2.2. Les textes de loi relatifs à la protection des mineurs dans le Code de la Santé publique

2.4.3. La prévention dans le milieu scolaire.

2.4.4. Conclusion : l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs.

3. ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE DES NOUVELLES MODALITES DU BOIRE ADOLESCENT

3.1. Introduction : des intoxications alcooliques aiguës et une alcoolisation plus précoce.

3.2. Les risques de l'intoxication alcoolique aiguë.

3.2.1. A court terme.

3.2.1.1. Les différentes formes d'intoxication alcoolique aiguë.

3.2.1.2. Les complications médico-chirugicales.

3.2.1.3 Les complications comportementales et psychiatriques

3.2.2. A moyen et long termes.

3.2.2.1. Les dommages neurocognitifs.

3.2.2.2. La dépendance à l'alcool.

3.2.2.3. Les troubles psychiatriques.

3.2.2.4. La désinsertion socio-scolaire.

3.3. Les risques d'une alcoolisation précoce.

3.3.1. Le risque traumatique.

3.3.2. Le risque de violences.

3.3.3. Le risque suicidaire.

3.3.4. Le risque pour la santé psychique.

3.3.5. Les risques de consommation problématique d'alcool à l'âge adulte.

DEUXIEME PARTIE : EVALUATION ET PRISE EN CHARGE

1. ADOLESCENCE ET SOCIETE : QUI SONT LES ADOLESCENTS DE L'ERE POSTMODERNE ;

1.1. La société postmoderne ou l'avènement de l'individu souverain.

1.1.1. Les changements de la normativité à l'origine de la société contemporaine : du déclin de l'interdit et de la discipline à l'essor de la responsabilité et de l'initiative personnelles.

1.1.2. Du changement de normativité aux bouleversements sociétaux.

1.1.2.1. Les effets retard de la démocratie.

1.1.2.2. La place croissante de l'individualisme.

1.1.2.3. Le changement du cadre des genres.

1.1.2.4. La prééminence des médias et des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC).

1.1.2.5. Le poids de la mondialisation.

1.1.2.6. La modification du rapport au temps.

1.2. Les « nouvelles familles ».

1.2.1. Les nouveaux cadres de la famille contemporaine.

1.2.1.1. L'axe de l'alliance.

1.2.1.2. L'axe de la filiation.

1.2.1.3. Enfant et droit.

1.2.1.4. Problématique des genres et parentalité.

1.2.1.5. L'individualisme dans la famille.

1.2.2. Exercice de la parentalité et de l'éducation : de nouvelles pratiques et quelques effets.

1.2.2.1. Evolutivité de la parentalité : des relations fondées sur le narcissisme.

1.2.2.2. Corps à corps et interdit du toucher.

1.2.2.3. Soutien à l'expressivité et instance assertive.

1.2.2.4. Autonomisation précoce et fonction de pare-excitation.

1.2.2.5. Changements du côté de la période oedipienne.

1.2.2.6. Règles de civilités : le désintérêt pour la forme.

1.2.2.7. Conclusion : nouvelles familles : le poids de la liberté.

1.3. L'adolescent hypermoderne.

1.3.1. Portrait de l'individu hyper moderne.

1.3.1.1. « Un homme pressé »…

1.3.2.2. A géométrie variable…

1.3.1.3. « Enfant du désir ».

1.3.2. L'adolescent de l'hypermodernité.

1.3.2.1. Des jeunes aux conduites élastiques.

1.3.2.2. Fête et tumulte identitaire.

1.3.3. Vers une nouvelle personnalité de base ?

1.3.3.1. Changement de la structuration de la psyché.

1.3.3.2. Nouvelles adéquations entre société et individu.

1.4. Conclusion : nouvelle société, nouvelles cliniques ?

2. LES CONTEXTES D'INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUË CHEZ LES ADOLESCENTS.

2.1. Introduction : alcool et adolescence, les liaisons dangereuses ?

2.2. L'ivresse en tant que conduite d'essai.

2.2.1. Les (en)jeux de l'adolescence.

2.2.1.1. Une mutation à haut risque : comment devenir qui l'on est ?

2.2.1.2. Un travail de deuil…

2.2.1.3. Mais aussi de conquêtes !

2.2.1.4. Flottement identitaire, dépressivité et problématique de dépendance.

2.2.2. L'ivresse face à la tourmente pubertaire.

2.2.2.1. Une fonction « économique » de l'ivresse…

2.2.2.2. Et une fonction identitaire.

2.2.3. Cas clinique : Amélie essai raté ou essai transformé ?

2.2.4. De l'essai au risque, une question de limites ?

2.3. L'ivresse en tant que conduite de risque.

2.3.1. Les conduites à risque parfois nécessaires à l'adolescence.

2.3.1.1. Pourquoi des conduites à risque ?

2.3.1.2. Cas clinique. Sandrine : l'ivresse et le mal de mère.

2.3.2. Les conduite de risque : se sentir exister.

2.3.2.1. Les rites initiatiques d'hier… et d'aujourd'hui ?

2.3.2.2. Cas clinique : Louise, « alerte au Malibu ».

2.3.2.3. L'ordalie : un appel au jugement de qui ?

2.3.2.4. Cas clinique : Nelly.

2.4. L'ivresse en tant que conduite de dépendance.

2.4.1. Séparation et dépendance à l'adolescence.

2.4.1.1. Le pré-requis de la séparation : la constitution d'assises narcissiques.

2.4.1.2. Le processus de séparation : un travail d'élaboration de la haine et de l'angoisse face à l'objet.

2.4.1.3. La « solution addictive » face au risque de dissolution identitaire.

2.4.1.4. La réactivation du conflit narcissivo-objectal à l'adolescence : la tentation addictive.

2.4.1.5. Cas clinique : Mathieu, 14 ans.

2.4.2. La dépendance, une dépression qui ne dit pas son nom ?

2.4.1.1. La position dépressive et la perte objectale.

2.4.2.2. Réactivation des vécus de perte à l'adolescence.

2.4.2.3. L'abus d'alcool, une lutte contre l'effondrement dépressif ?

2.4.2.4. Le recours à l'objet addictif, la « solution » de l'évitement.

2.4.2.5. De la « trêve » psychique à l'aménagement de la dépendance dans la construction identitaire.

2.4.2.6. La dépendance, un « déni de perte » ?

2.4.3. L'économie relationnelle dans la dépendance : vers des aménagements pervers ?

2.4.3.1. Abolir les représentations sous l'intensité et la répétitivité des sensations.

2.4.3.2. De la tentation de l'emprise pour garder le contrôle au risque d'un aménagement pervers de la relation.

2.4.3.3. D'un aménagement relationnel transitoire à une modalité d'organisation fixée.

2.4.4. Conclusion.

2.5. Conclusion : repérer les usages problématiques.

2.5.1. Introduction : facteurs de vulnérabilité et facteurs de risque.

2.5.2. Les facteurs de vulnérabilité.

5.2.1.1. Les facteurs personnels.

5.2.1.2. Les facteurs environnementaux.

2.5.2. Les modalités d'usage à risque.

2.5.2.1. L'âge de début précoce.

2.5.2.2. Le caractère d'automédication.

2.5.2.3. Le cumul des consommations.

2.5.2. 4. La recherche de défonce.

2.5.2. 5. La répétition des consommations.

2.5.4. Le repérage : qui identifie ?

3. DE LA SENSATION AU SENS : UN TRAVAIL DE RELATIONS.

3.1. Le sens du soin en pédopsychiatrie de liaison.

3.1.1. Présentation de la pédopsychiatrie de liaison au C.H.U. de Nantes.

3.1.2. Le travail de liaison à l'adolescence.

3.1.2.1. Introduction.

3.1.2.2. Liaison et déliaison intrapsychiques à l'adolescence.

3.1.2.3. Processus psychothérapique et travail de liaison.

3.1.2.4. Travail institutionnel et interventions mixtes : pédiatriques, psychiatriques, sociales et judiciaires.

3.1.2.5. Conclusion.

3.1.3. Le protocole de prise en charge des adolescents admis aux urgences pédiatriques pour une intoxication alcoolique aiguë.

3.1.3.1. Argumentaire en faveur de la prise en charge.

3.1.3.2. Recommandations de la H.A.S. relatives à la prise en charge des adolescents admis aux urgences pour une intoxication alcoolique aiguë (2001).

3.2. L'entretien avec l'adolescent : rencontre d'une histoire, histoire d'une rencontre ?

3.2.1. Introduction.

3.2.2. L'entretien clinique : double objectif, inconvénients et avantages.

3.2.3. Evaluer quoi ?

3.2.3.1. L’évaluation individuelle.

3.2.3.2. L’évaluation familiale et environnementale.

3.2.4. Evaluer comment ?

3.2.4.1. L’importance du cadre.

3.2.4.2. La relation avec l’adolescent.

3.2.4.3. Rencontre consultant-parents-adolescents.

3.2.5. Fin de l’évaluation.

3.2.5.1. Les résultats de l’évaluation.

3.2.5.2. Les propositions.

3.2.6. Cas particulier : la consultation conjointe pédiatre-pédopsychiatre.

3.2.6.1. Origine.

3.2.6.2. Indications.

3.2.6.3. Questions.

3.3. Conclusion.

NOM : URBAIN PRENOM : JULIE

Titre de Thèse : IVRESSES A L'ADOLESCENCE :

Quel rôle pour le pédopsychiatre dans la prise en charge des adolescents admis aux urgences pédiatriques pour une intoxication alcoolique aiguë ?

RESUME (10 lignes)

- Les nouvelles modalités d'alcoolisation des adolescents - fréquence et précocité des ivresses, binge drinking, etc.- inquiètent la société et les professionnels de Santé Publique. Les conséquences sanitaires et sociales des ivresses à l'adolescence, immédiates et différées, sont loin d'être négligeables. La Haute Autorité de Santé préconise l'évaluation psychologique systématique de tout adolescent admis aux urgences à la suite d'une intoxication alcoolique aiguë. En effet, l'association des deux critères que sont la jeunesse et la gravité de l'ivresse au point de nécessiter une prise en charge hospitalière, vient souvent signifier l'existence d'une souffrance psychique sous-jacente. Le pédopsychiatre participe à l'évaluation multidisciplinaire de ces situations. Son diagnostic clinique, psychopahologique et contextuel, venant réinscrire cette conduite de rupture dans le parcours de l'adolescent et de sa famille, oriente les réponses thérapeutiques.

MOTS-CLES

Ivresse, adolescence, alcool, binge drinking, coma éthylique, conduites à risque, séparation, dépendance, subjectivation, pédopsychiatre, psychiatrie de liaison, urgences.