
5

Dommmages individuels et sociaux

Cette synthèse sur les principaux dommages individuels et sociaux est restreinte aux conduites addictives avec « drogue », et plus spécifiquement aux quatre substances psychoactives les plus consommées à l'adolescence : le tabac, l'alcool, le cannabis, les médicaments psychotropes (OFDT, 2012). En outre, cette synthèse s'appuie principalement sur les expertises collectives menées ces dernières années sur le tabac (Inserm, 2004), l'alcool (Inserm, 2003a), le cannabis (Inserm, 2001), les médicaments psychotropes (Inserm, 2012) et la santé des enfants et des adolescents (Inserm, 2003b).

Remarques générales

À l'exception notable du tabac, la notion de dépendance renvoie à un processus qui peut prendre plusieurs années, de sorte que les plus jeunes ne sont pas les plus concernés par les effets à long terme (c'est vrai en particulier pour l'alcool). Toutefois, quel que soit le produit considéré, il semble que la précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans la consommation régulière accroisse les risques de dépendance ultérieure, et plus généralement de dommages ultérieurs.

L'usage/l'abus de substances psychoactives, dans un contexte général marqué par une évolution des normes sociales condamnant ces pratiques, exposent les personnes consommatrices aux deux manifestations classiques de la stigmatisation : d'une part la dépréciation morale, l'association à des stéréotypes dépréciatifs ; d'autre part, la mise à l'écart et l'évitement, ce second aspect pouvant avoir des conséquences très concrètes (difficultés à trouver un emploi, un logement...). Cette stigmatisation, difficilement mesurable, est nourrie par les actions de prévention qui peuvent s'appuyer sur elle pour tenter d'être plus efficaces. Si elle est sans doute moins perceptible à l'adolescence, âge de la vie généralement marqué par une plus grande permissivité ainsi que par la recherche de transgression, certains adolescents peuvent y être plus sensibles et les risques de stigmatisation ultérieure (une fois atteint l'âge adulte) doivent être signalés. En bref, la stigmatisation est un dommage assez spécial : à la fois diffuse et très variable, elle nourrit la prévention que celle-ci peut éventuellement utiliser comme une ressource. Ce point sera abordé *infra* pour le tabac uniquement.

Tabac

Les dommages sanitaires à long terme induits par le tabac sont très bien documentés : risques de cancers, en particulier des voies aérodigestives supérieures et des poumons, bronchites chroniques, pathologies cardiovasculaires... À l'adolescence, il convient de souligner des effets moins sévères qui surviennent dès l'usage occasionnel, et qui peuvent être perçus comme graves par les adolescents, voire contraires aux attentes qu'ils associent au tabagisme : mauvaise haleine, dégradation de la peau, diminution des performances sportives, altération du goût, dysfonction érectile... « Contraire aux attentes », dans le sens où par exemple la mauvaise haleine peut contrecarrer l'usage de tabac comme « lubrifiant social ». Ces effets à court et long termes peuvent constituer des leviers pour la prévention, mais ils sont probablement liés au sexe et devraient donc donner lieu à des actions préventives déclinées spécifiquement pour chaque genre.

Concernant les dommages sociaux, des travaux anglo-saxons, encore insuffisamment relayés en France, ont mis en évidence différentes formes de stigmatisation des fumeurs, qui font écho aux efforts répétés de dénormalisation du tabac (c'est-à-dire de créer un environnement hostile au tabac et décourageant son usage, de sorte que fumer apparaisse désormais comme inapproprié, dans des contextes où autrefois cette pratique allait de soi ou était valorisée). Cette stigmatisation renvoie aux réglementations qui mettent les fumeurs à distance et les excluent de la sphère publique, ainsi qu'aux jugements moraux dépréciateurs que portent sur eux les non-fumeurs, jugement éventuellement relayé par les messages préventifs (Link et Phelan, 2001 ; Bayer et Stuber, 2006 ; Stuber et coll., 2008 et 2009 ; Constance et Peretti-Watel, 2011). Cette stigmatisation se fait par exemple sentir pour l'accès à l'emploi, la recherche d'un partenaire affectif ou d'un colocataire (Chapman, 1992 ; Chapman et coll., 2004 ; Chapman et Freeman, 2008). Toutefois, la stigmatisation des fumeurs est probablement moins forte à l'adolescence où la cigarette reste souvent associée à des valeurs positives de transgression pour une bonne partie des jeunes. Il serait intéressant de stimuler la recherche qualitative sur ce point, dans la mesure où cette stigmatisation peut éventuellement constituer un levier pour la prévention, même si ce point fait encore débat parmi les experts en santé publique (Alamar et Glantz, 2006 ; Bayer, 2008 ; Burris, 2008 ; Bell et coll., 2010). Par ailleurs, dans la mesure où le plus souvent les fumeurs reconnaissent les dangers du tabac à long terme, et prévoient d'arrêter un jour ou l'autre, il faut souligner la difficulté de l'arrêt, et les symptômes associés (irritabilité, prise de poids...), non pas bien sûr pour décourager les candidats à l'arrêt, mais plutôt pour inciter les non-fumeurs à ne pas commencer.

Le tabagisme est associé à des parcours scolaires plus difficiles et notamment à des abandons de scolarité plus nombreux (Legleye et coll., 2010), alors même que sa toxicité neurologique et ses effets sur la cognition ne sont pas

comparables à ceux de la plupart des autres substances psychoactives consommées à l'adolescence, notamment l'alcool et le cannabis⁷⁶. Cette association ne doit pas être sur-interprétée, car il est possible qu'elle procède d'un biais de sélection, conséquence de la dénormalisation en cours du tabagisme (les fumeurs se recruteraient ainsi aujourd'hui parmi les jeunes qui adhèrent le moins aux normes dominantes, y compris celles qui valorisent la réussite scolaire).

Alcool

Il faut bien sûr distinguer l'alcoolodépendance, l'alcoolisation chronique et l'alcoolisation aiguë. À l'adolescence, le principal problème est celui de l'alcoolisation aiguë (même si, cf. remarque *infra*, l'alcoolisation précoce augmente les risques d'alcoolodépendance ou d'alcoolisation chronique ultérieure). Les risques associés sont bien connus et bien documentés dans les précédentes expertises collectives : implication dans des violences interpersonnelles, comme victime et/ou comme auteur, rapports sexuels non désirés (avec conséquences éventuelles : infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées...), accidentalité routière et professionnelle.

Concernant l'accidentalité, on dénombre très peu d'études portant sur l'adolescence. Si l'impact de l'alcool est sans doute faible en France du fait de la restriction de la conduite automobile en tant que conducteur autonome à 18 ans, le risque d'accident n'est pas pour autant totalement négligeable, notamment à cause de la conduite des deux-roues. L'enquête Escapad (Enquête sur la santé et les consommations réalisée lors de la Journée Défense et Citoyenneté) 2005 avait en effet montré que si 83,3 % des jeunes n'avaient jamais conduit (principalement des deux-roues motorisés) après avoir bu de l'alcool ou fumé du cannabis, 6,3 % l'avaient fait après avoir bu mais pas fumé, 4,3 % après avoir fumé mais pas bu, 6,0 % après avoir fait les deux (Legleye et coll., 2007). Cette enquête montrait également que les prises de risques de conduite postérieures à l'usage d'alcool étaient plus fréquentes que celles postérieures à l'usage de cannabis.

De façon générale, la relation entre alcool et violence est difficile à démontrer, et peut renvoyer à divers phénomènes de nature distincte : elle dépend fortement du contexte, elle peut être directe ou indirecte, selon que l'on considère que l'alcool désinhibe le buveur, ou au contraire inhibe ses facultés à gérer un conflit pacifiquement, sans oublier le rôle de la « myopie alcoolique », ainsi que le rôle des attentes (ainsi une personne qui a bu un placebo en pensant

76. Ainsi, à la différence du tabac, l'alcool et le cannabis ont fait respectivement l'objet d'un chapitre dédié dans cette expertise collective (voir les deux chapitres suivants : « Effets néfastes de l'alcool : impact du *binge drinking* sur le cerveau » et « Effets néfastes du cannabis »).

qu'il s'agissait d'alcool devient plus agressive qu'une personne qui a bu de l'alcool présenté comme un placebo : Bègue et coll., 2009). Enfin, ici encore en écho à la remarque générale *infra*, certains travaux montrent que l'usage d'alcool est associé au chômage, au célibat, à un moindre niveau d'études, mais ni le sens du lien causal éventuel ni sa nature ne sont très clairs. En revanche, il semble bien que l'abus d'alcool à l'adolescence ait une incidence négative sur le niveau d'études atteint ultérieurement (Aertgeets et Buntix, 2002 ; Crosnoe et Riegle-Crumb, 2007 ; Renna, 2008).

Cannabis

L'expertise collective de 2001 sur le cannabis et ses effets sur le comportement et la santé (Inserm, 2001) aboutissait aux principales conclusions suivantes. D'abord, il existe une corrélation entre l'usage de cannabis et la levée de l'inhibition comportementale. Ensuite, l'usage de cannabis peut également induire des troubles psychotiques (états délirants, rares, brefs, rapidement régressifs sous traitement ; schizophrénie, sachant que le cannabis est parfois consommé comme automédication contre la schizophrénie, mais qu'à terme il l'aggrave). Les travaux internationaux récents montrent que le cannabis peut accélérer le processus d'apparition des symptômes psychotiques, mais il n'a pas été démontré qu'il puisse en être la cause unique, et il est en particulier difficile d'identifier un seuil de consommation à partir duquel le risque de psychose serait significatif (Ferguson et coll., 2006 ; Le Bec et coll., 2009 ; Ferguson, 2010). Concernant l'accidentalité routière, l'expertise de 2001 concluait à la fragilité empirique du lien suspecté avec l'usage de cannabis, sachant que sur ce point il y a eu ultérieurement des publications contradictoires et une initiative législative. En France, l'étude SAM (Stupéfiants et Accidents Mortels) de 2001 montrait que le cannabis a un impact modeste sur les accidents mortels, largement inférieur à celui de l'alcool, la combinaison alcool-cannabis étant de loin la plus accidentogène (Laumon et coll., 2005), ce qui est confirmé par d'autres publications (Sewell et coll., 2009). Une méta-analyse récente conclut toutefois à un risque avéré pour tous les types de collision en particulier les collisions fatales (Asbridge et coll., 2012). Il est à noter par ailleurs, que comme dans le cas de l'alcool, l'association entre consommation de cannabis et accidents de la circulation existe dès l'adolescence, bien qu'elle semble plus faible (cf. *supra*).

En outre, la consommation de cannabis fumé a des conséquences sanitaires à long terme comparables à celles du tabagisme (maladies cardiovasculaires, cancers) (Callaghan et coll., 2013).

Concernant les fonctions cognitives et psychomotrices, outre la mise en évidence d'effets sur la mémoire, l'attention et la concentration, l'usage intensif de cannabis engendre un syndrome « amotivationnel », qui se traduit par un

déficit de l'activité professionnelle ou scolaire, mais aussi une pauvreté idéatoire et une indifférence affective. Il y a des éléments à creuser autour du fait de consommer le matin, avant d'aller en cours ou travailler, qui constitue sans doute le signe d'une certaine sévérité. Toutefois, il n'est pas facile de déterminer si ces troubles sont postérieurs ou antérieurs à l'usage de cannabis. Cela étant, les effets sur la mémoire sont bien démontrés, et à l'adolescence il est clair qu'ils peuvent perturber l'apprentissage et les résultats scolaires, qu'il s'agisse de l'abandon scolaire à la fin de la scolarité obligatoire (Townsend et coll., 2007 ; Legleye et coll., 2010) ou bien de l'obtention de diplômes ultérieurs (Horwood et coll., 2010), la précocité des usages étant là un facteur clef. Il faut également rappeler l'absence de lien avéré entre usage de cannabis et comportements violents, pour en finir avec certaines « légendes urbaines » lancées par le *Federal Bureau of Narcotics* dans les années 1930-1940, mais aussi plus récemment lors d'auditions sénatoriales en France en 2003 (Peretti-Watel, 2005).

Enfin, il faut rappeler l'importance de ne pas considérer une « mécanique » de passage d'un produit à l'autre (la fameuse *gateway theory*, conduisant de la consommation de produits psychoactifs légaux et facilement accessibles, comme l'alcool et le tabac, au cannabis puis aux autres produits illicites réputés plus dangereux), mais plutôt une « carrière » au sens de trajectoire jalonnée d'opportunités d'entrée dans les usages et au cours de laquelle la probabilité de rencontrer d'autres produits évolue.

Médicaments psychotropes

Le mésusage⁷⁷ de médicaments psychotropes peut entraîner un risque de surdosage aigu ou subaigu avec de nombreux effets psychiques et somatiques et un risque d'abus et de dépendance (Inserm, 2012). Les résultats évoqués ici s'appuient sur l'expertise collective publiée par l'Inserm en 2012, mais il faut noter que cette expertise aborde très peu les consommations de médicaments psychotropes, et en particulier le mésusage, par les populations adolescentes.

Il existe une association statistique entre mésusage de médicaments psychotropes et conduites suicidaires, y compris parmi les adolescents, avec toutefois des difficultés méthodologiques (définition du mésusage, cumul de substances), sans oublier qu'il ne faut pas confondre causes, conséquences et moyens d'une tentative de suicide (Inserm, 2012). En outre, concernant l'exposition précoce à ces médicaments, l'usage de psychostimulants peut avoir des effets secondaires indésirables nombreux, mais généralement transitoires (avec quelques complications graves mais très rares). Les anxiolytiques ont des effets secondaires (sédation, troubles cognitifs, troubles de la mémoire)

77. Le terme mésusage est ici défini par un usage non conforme à une prescription établie par un médecin ou par un usage hors prescription (Inserm, 2012).

qui nuisent aux performances scolaires, tandis que les opiacés peuvent provoquer sédation et détresse respiratoire et impliquer une dépendance et un syndrome de sevrage. Enfin, les médicaments utilisés pour traiter les troubles de l'attention et l'hyperactivité dans l'enfance, comme le méthylphénidate (Ritaline®) dont l'usage est parfois détourné par les jeunes, sont suspectés d'accroître le risque de dépendance ultérieure à d'autres substances, mais les études actuellement disponibles ne sont pas conclusives.

Polyconsommations et usages d'autres produits psychoactifs

Comparativement à la consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis, celle d'autres produits psychoactifs illicites comme la cocaïne ou l'héroïne est beaucoup plus rare, et celles qui seraient problématiques le sont encore davantage. Par ailleurs, ces consommations interviennent à la suite des premières, ce qui complique la distinction de leurs effets propres en termes de parcours scolaires ou professionnels. Il existe ainsi peu d'études sur les dommages sociaux occasionnés par la consommation d'autres produits psychoactifs illicites que le cannabis à l'adolescence. En revanche, il existe un lien important entre ces consommations et la violence, en raison notamment du fort pouvoir addictif de ces substances (Goldstein, 1985). En effet, un consommateur dépendant peut être conduit à perpétrer des actes de violence afin de subvenir à ses besoins en raison du coût élevé des substances illicites. Les substances les plus à même d'être concernées sont donc celles susceptibles d'induire les plus fortes dépendances, notamment les opiacés au premier rang desquels l'héroïne, mais aussi la cocaïne, notamment sous forme de crack. Par ailleurs, il existe un autre type de violence lié à l'usage de drogue, dit « systémique », lié à la nature illégale du marché de la drogue et donc aux types d'interactions et de relations de pouvoirs qui le structurent, traditionnellement violentes. À l'adolescence, ces violences spécifiques sont assez rares du fait de la rareté des consommateurs concernés. Toutefois, quelques données suggèrent que ces substances sont effectivement en lien avec des comportements violents impliquant des adolescents en France (Legleye, 2012).

Enfin, pour les polyconsommations, les enquêtes Escapad et Espad (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) montrent que les plus fréquentes sont les associations d'alcool, de tabac et de cannabis. Mais les dommages associés ne se distinguent pas de ceux liés à l'usage de chacune de ces substances. Bien que les effets puissent sans doute interagir et se cumuler, très peu d'études s'intéressent à ce type d'usage dans son lien avec les parcours scolaires et professionnels ou l'insertion sociale (Beck et coll., 2004 et 2008).

En conclusion, les principaux dommages sociaux liés aux usages de substances psychoactives à l'adolescence sont la dégradation des chances de réussite scolaire, les accidents de la circulation et l'implication dans des violences. Les polyconsommations et les usages de produits illicites comme la cocaïne ou l'héroïne sont rares à cet âge, peu étudiés en tant que tels surtout en lien avec leurs conséquences en termes scolaires et sociaux. En revanche, les conséquences à long terme des consommations de substances psychoactives sont bien connues : augmentation des risques de poursuite des consommations et de leur intensification, de survenues de maladies chroniques, de moindre insertion sociale et de parcours professionnel dégradé.

BIBLIOGRAPHIE

AERTGEERTS B, BUNTINX F. The relation between alcohol abuse or dependence and academic performance in first-year college students. *J Adolesc Health* 2002, **31** : 223-225

ALAMAR B, GLANTZ S. Effect of increased social unacceptability of cigarette smoking on reduction in cigarette consumption. *American Journal of Public Health* 2006, **96** : 1359-1363

ASBRIDGE M, HAYDEN JA, CARTWRIGHT JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ* 2012, **344** : e536

BAYER R, STUBER J. Tobacco control, stigma, and public health: rethinking the relations. *American Journal of Public Health* 2006, **96** : 47-50

BAYER R. Stigma and the ethics of public health: not can we but should we. *Social Science and Medicine* 2008, **67** : 463-472

BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S. Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - Escapad 2003. [Drug Use in Adolescence. Level and Contexts of Use of Cannabis, Alcohol, Tobacco and Other Drugs at 17-18 Years Old in France. Escapad 2003]. Vol. Saint-Denis: OFDT, 2004

BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S. Multiple psychoactive substance use (alcohol, tobacco and cannabis) in the French general population in 2005. *Presse Med* 2008, **37** : 207-215

BÈGUE L, SUBRA B, ARVERS P, MULLER D, BRICOUT V, et coll. A message in a bottle: Extrapharmacological effects of alcohol on aggression. *Journal of Experimental Social Psychology* 2009, **45** : 137-142

BELL K, SALMON A, BOWERS M, BELL J, MCCULLOUGH L. Smoking, stigma and tobacco 'denormalization': Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on Social Science & Medicine's Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue. *Social Science & Medicine* 2010, **70** : 795-799

BURRIS S. Stigma, ethics and policy: a commentary on Bayer's "Stigma and the ethics of public health: not can we but should we". *Social Science & Medicine* 2008, **67** : 473-475

CALLAGHAN RC, ALLEBECK P, SIDORCHUK A. Marijuana use and risk of lung cancer: a 40-year cohort study. *Cancer Causes Control* 2013, Jul 12. [Epub ahead of print].

CHAPMAN S, FREEMAN B. Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry. *Tobacco Control* 2008, **17** : 25-31

CHAPMAN S, WAKEFIELD MA, DURKIN SJ. Smoking status of 132,176 people advertising on a dating website. Are smokers more «desperate and dateless»? *Medical Journal of Australia* 2004, **181** : 672-674

CHAPMAN S. Shared accommodation - non-smokers wanted. *Tobacco Control* 1992, **1** : 248

CONSTANCE J, PERETTI-WATEL P. Dégout et tabagisme : la prévention par l'image. *Ethnologie française* 2011, **1** : 67-78

CROSNOE R, RIEGLE-CRUMB C. A life course model of education and alcohol use. *J Health Soc Behav* 2007, **48** : 267-282

FERGUSON DM. Is there a causal linkage between cannabis use and increased risks of psychotic symptoms? *Addiction* 2010, **105** : 1336-1337

FERGUSON DM, POULTON R, SMITH PF, BODEN JM. Cannabis and psychosis. *BMJ* 2006, **332** : 172-175

GOLDSTEIN PJ. The drug/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues* 1985, **15** : 493-506

HORWOOD LJ, FERGUSON DM, HAYATBAKHSR MR, NAJMAN JM, COFFEY C, et coll. Cannabis use and educational achievement: findings from three Australasian cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2010, **110** : 247-253

INSERM. Cannabis. Quels effets sur le comportement et la santé ? Éditions Inserm, Collection Expertise collective, Paris, 2001

INSERM. Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver. Collection Expertise collective, Éditions Inserm, Paris, 2003a

INSERM. Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendances. Éditions Inserm, Collection Expertise collective, Paris, 2003b

INSERM. Tabac. Comprendre la dépendance pour agir. Éditions Inserm, Collection Expertise collective, Paris, 2004

INSERM. Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances. Éditions Inserm, Collection Expertise collective, Paris, 2012

LAUMON B, GADEGBEKU B, MARTIN JL, BIECHELER MB, SAM GROUP. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *BMJ* 2005, **331** : 1371

- LE BEC PY, FATSEAS M, DENIS C, LAVIE E, AURIACOMBE M. Cannabis and psychosis: search of a causal link through a critical and systematic review. *Encéphale* 2009, **35** : 377-385
- LEGLEYE S, BECK F, SPILKA S, LE NÉZET O. Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad. St Denis: OFDT, 2007
- LEGLEYE S, OBRADOVIC I, JANSSEN E, SPILKA S, LE NEZET O, et coll. Influence of cannabis use trajectories, grade repetition and family background on the school-dropout rate at the age of 17 years in France. *Eur J Public Health* 2010, **20** : 157-163
- LEGLEYE S. Violence et milieu social à l'adolescence. *Economie et statistique* 2012, **448-449** : 159-175
- LINK BG, PHELAN JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 2001, **27** : 363-385
- OFDT. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. OFDT, *Tendances* n° 79, 2012 : 4 p.
- PERETTI-WATEL P. Cannabis, ecstasy : du stigmatisme au déni. Éditions L'Harmattan, Collection Logiques Sociales, série Déviance & Société, Paris, 2005
- RENNA F. Teens' alcohol consumption and schooling. *Economics of Education Review* 2008, **27** : 69-78
- SEWELL RA, POLING J, SOFUOGLU M. The effect of cannabis compared with alcohol on driving. *Am J Addict* 2009, **18** : 185-193
- STUBER J, GALEA S, LINK BG. Smoking and the emergence of a stigmatized social status. *Social Science & Medicine* 2008, **67** : 420-430
- STUBER J, GALEA S, LINK BG. Stigma and smoking: the consequences of our good intentions. *Social Service Review* 2009, **83** : 585-609
- TOWNSEND L, FLISHER AJ, KING G. A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2007, **10** : 295-317