Année 2012/2013

Thèse n°1977

THÈSE

pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ BORDEAUX 2

Ecole doctorale Sociétés, Politique, Santé publique

Mention Sociétés, Politique, Santé publique

Option Psychologie clinique et Psychopathologie

Présentée et soutenue publiquement

Le 19 Décembre 2012

Par Sabrina Bernadet

Né(e) le 21/04/1983 à Dax

Consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux à l'adolescence

Etude psychopathologique multi-échantillons, approche centrée sur la personne et facteurs de vulnérabilité.

Membres du Jury

Mr le Pr. Grégory MICHEL, Université Bordeaux Segalen .....Directeur de recherche
Mme le Pr. Catherine BLATIER, Université de Grenoble .....Rapporteur
Mme le Pr. Isabelle POUSSON-VARESCON, Université Paris V .....Rapporteur
Mme le Pr. Lydia FERNANDEZ, Université Lyon II .....Examinateur
Mr le Pr. Jack DORON, Université Bordeaux Segalen .....Examinateur

"Ceux qui explorent le domaine de la psychologie doivent d'abord savoir que l'adolescent - garçon ou fille - ne désire pas être compris. Il faut que les adultes gardent pour eux ce qu'ils parviennent à comprendre de l'adolescence. Il serait absurde d'écrire un livre sur l'adolescence à l'intention des adolescents, car cette période de la vie qui est essentiellement celle d'une découverte personnelle, doit être vécue. Chaque individu est engagé dans une expérience, celle de vivre - dans un problème, celui d'exister" **Winnicott, D.W. (1969).**

Résumé

L'objectif de cette recherche est d'étudier, chez l'adolescent, les mécanismes psychopathologiques et psychologiques impliqués dans la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation et responsables de la « pathologisation » de la consommation de substances psychoactives, par l'adoption conjointe d'une approche centrée sur la personne et centrée sur les variables et la mise en place d'un dispositif d'étude multi-échantillons.

Ainsi, cette recherche comporte trois volets : 1) une étude en milieu scolaire menée auprès de 1025 collégiens âgés de 12 ans à 16 ans, 2) une étude en milieu psychiatrique menée auprès de 168 adolescents suivis ou hospitalisés pour un trouble externalisé ou internalisé, âgés de 12 ans à 18 ans, et 3) une étude en addictologie menée auprès de 43 adolescents abuseurs/dépendants à une substance psychoactive, âgés de 12 ans à 18 ans. Un protocole d'évaluation pluri-source (adolescents, parents, enseignants) a permis d'évaluer les comportements antisociaux, les conduites de consommation, les conduites à risques, les troubles et symptômes externalisés et internalisés (et les antécédents de troubles), la personnalité, le stress perçu et les stratégies de coping de ces adolescents.

Ce dispositif a permis de montrer que les adolescents les plus susceptibles d'associer ces deux comportements et d'adopter des conduites de consommation à risques présentent des difficultés à la fois relationnelles (faible coopération, trouble oppositionnel avec provocation, faible transcendance), émotionnelles (symptômes dépressifs, troubles internalisés, intolérance à la frustration, stress perçu dans le domaine scolaire ou dans la relation aux parents, stratégies d'adaptation dysfonctionnelles) et comportementales (forte recherche de nouveauté, comorbidité TDAH/TOP). La pathologisation des conduites de consommation relèvent d'enjeux similaires à l'adoption de conduites de consommation à risques.

Néanmoins, le risque de pathologisation serait d'autant plus important que les enjeux émotionnels et relationnels relèvent de manifestations tempéramentales (faible dépendance à la récompense sociale). En termes de prévention des conduites de consommation à l'adolescence et de leur pathologisation, il paraît primordial de bien distinguer ces différents niveaux de vulnérabilité (psychopathologique, psychologique, tempéramentaux, adaptatif).

Mots-clés : Consommation de substances psychoactives, comportements antisociaux, adolescence, approche centrée sur la personne, vulnérabilité tempéramentale et psychopathologique.

Abstract

This work aims to study, among adolescents, the psychopathological and psychological mechanisms involved in the co-occurrence of antisocial behaviors and psychoactive substance use and in the "pathologizing" of psychoactive substance use through a person-centered and a variable-centered approach and based on a multi-sample plan.

This research focus on: 1) 1 025 middle and high school students aged between 12 to 16 years old, 2) 168 inpatients and outpatients adolescents aged between 12 to 18 years old, and 3) 43 psychoactive substance abusers/dependent adolescents aged between 12 and 18 years. A multi-source assessment (adolescents, parents, teachers) was used to collect information about adolescents' antisocial behaviors, psychoactive substance use, risk-taking behaviors, past and present externalized and internalized disorders and symptoms, personality, perceived stress and coping strategies.

The results show that adolescents are most likely to associate antisocial behaviors and psychoactive substances use and to have a risky psychoactive substance use when they present both relational problems (low cooperation, oppositional defiant disorder, low transcendence), emotional difficulties (depressive symptoms, internalizing disorder, intolerance to frustration, perceived stress in school and in relationships with parents, dysfunctional coping strategies) and behavioral dysregulation (high novelty seeking, ADHD/ODD comorbidity). Mechanisms involved in the pathologizing of psychoactive substance use are similar to the adoption of risky psychoactive substance use.

Nevertheless, the risk of pathologizing is all the more important when emotional and relational problems are temperamental expression (low social reward dependence). In terms of prevention of risky psychoactive substance use in adolescence and of its pathologizing, it seems important to distinguish between these different levels of vulnerability (psychopathological, psychological, temperamental, adaptative).

Keywords: Psychoactive substance abuse, antisocial behaviors, adolescence, person-centered approach, temperamental and psychopathological vulnerability.

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent au Professeur Grégory Michel, qui m'a donné l'opportunité de travailler sur ce projet de recherche au cours de ma thèse. Merci de m'avoir fait découvrir tout un univers que je connaissais peu. Vous m'avez appris la rigueur et la persévérance et je vous remercie de votre soutien tout au long de ce travail.

Pour l'honneur qu'elles me font d'avoir accepté d'être les rapporteurs de cette thèse, je souhaite remercier Mesdames les Professeur Catherine Blatier et Isabelle Pousson-Varescon. Je souhaite également remercier Madame le Professeur Lydia Fernandez et Monsieur le Professeur Jack Doron d'évaluer mon travail et de siéger à mon jury de thèse.

Le Docteur Cristina Bustos et Monsieur André Mercier de l'Inspection Académique de la Gironde de m'avoir permis de proposer cette étude à de nombreux établissements scolaires, ainsi que les chefs d'établissement, les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les infirmiers et infirmières scolaires qui se sont largement mobilisés pour m'aider à mener à bien cette recherche. Je me dois également de remercier tous les élèves et leurs parents qui se sont portés volontaires pour participer à cette étude et sans qui ce travail ne serait pas ce qu'il est.

Monsieur le Professeur Manuel Bouvard et Mesdames les Professeur Marie-Christine Mouren et Diane Purper-Ouakil, les Docteurs Emmanuelle Peyret, Stéphanie Bioulac, Jean-Philippe Rénéric, Cédric Galéra et toute l'équipe de leurs services de m'avoir accueillie dans leurs locaux et de m'avoir permis de rencontrer certains de leurs patients. Merci de votre collaboration et du temps que vous avez accordé à cette étude. Je remercie également tous les adolescents et leurs parents d'avoir accepté de s'inscrire dans ce projet de recherche.

Un énorme merci à Solenne Roux qui a longuement participé à nos réflexions approfondies sur l'analyse en clusters et qui ne s'est jamais départie de sa motivation et de sa bonne humeur dans le soutien qu'elle m'a apporté.

Merci à Julie, Géraldine, Stéphane et Hélène d'avoir bien voulu m'offrir de leur temps précieux pour quelques récoltes de données en milieu scolaire. Je remercie également Laëtitia I., Carole, Stéphane et Laëtitia R., ma promotion de Master Recherche qui a suivi mes

pérégrinations durant ces quatre années. Un merci tout particulier à Stéphane, Laëtitia R. et Hélène qui continueront de croiser mon chemin pendant de nombreuses années je pense.

A tous les doctorants que j'ai pu rencontrer durant ces années, je leur souhaite bonne continuation et je garde un œil bienveillant sur eux, comme ils l'ont fait pour moi. Merci à William, Johann, Quentin, Blandine, Cyrielle, Marie, Anna-Malika, Milena…

Enfin, merci à mes proches, ma sœur qui me prouve chaque jour que les liens de sang sont indestructibles. Merci à mes parents qui ont observé, de près ou de loin, souvent remplis d'inquiétude, mon parcours de jeune chercheur. Et merci à tous ceux qui ont partagé des bribes de ma vie ces dernières années, merci de leur patience, de leur compréhension quand je me faisais rares auprès d'eux et merci de leur soutien.

Listes des communications et publications liées à la thèse

PUBLICATIONS

Articles acceptés

Bernadet S., Purper-Ouakil D., Michel G. (2012, *in press, corrected proof*) Typologie des jeux dangereux chez des collégiens : Vers une étude des profils psychologiques. *Annales médico-psychologiques*.

Michel G., **Bernadet S.**, Aubron V., Cazenave N. (2010) Des conduites à risques aux assuétudes comportementales : le trouble addictif au danger. *Psychologie Française, 55*, 341-353.

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES

Communications affichées en langue française

Bernadet S., Tsougkou M., Purper-Ouakil D., Bioulac S., Rénéric J.P., Bouvard M., Mouren M.C., Michel G. Conduites à risques chez des adolescents TDAH : Influence de la personnalité. *1er Congrès International de Langue Française sur le TDA/H, 24-25 Juin 2010, Bordeaux, France.*

Bernadet S., Aubron V., Purper-Ouakil D., Bioulac S., Rénéric J-P., Bouvard M., Mouren M-C., Michel G. Etude exploratoire des facteurs psychopathologiques associés aux jeux dangereux chez l'adolescent en milieu scolaire et clinique. *8ème Congrès de l'Encéphale, 21-23 Janvier 2010, Paris, France.*

Tsougkou M., **Bernadet S.**, Rubingher M., Purper-Ouakil D., Cortese S., Mouren M.C., Michel G. Étude de la comorbidité et des traits de personnalité chez des adolescents présentant des troubles externalisés et internalisés. *50ème Congrès de la Société Française de Psychologie, 10-12 Septembre 2008, Bordeaux, France.*

Bernadet S., Tsougkou M., Purper-Ouakil D., Bioulac S., Rénéric J.P., Bouvard M., Mouren M.C., Michel G. Etude des profils psychopathologiques associés aux conduites à risques chez des adolescents en milieu psychiatrique. *50ème Congrès de la Société Française de Psychologie, 10-12 Septembre 2008, Bordeaux, France.*

Bernadet S., Tsougkou M., Purper-Ouakil D., Bioulac S., Rénéric J.P., Bouvard M., Mouren M.C., Michel G. Etude préliminaire des liens entre consommation de substances psycho-actives et comportements violents: Facteurs psychopathologiques. *Colloque Européen d'experts scientifiques, 9 et 10 Décembre 2008, Sorbonne, Paris, France.*

Communications orales en langue française

Bernadet S., Michel G. Consommation d'alcool et conduites à risques associées à l'adolescence: facteurs de vulnérabilité psychopathologiques et psychologiques. *3èmes Journées de l'Ecole Doctorale des Sciences Sociales, 15-16 Juin 2011, Hostens.*

Bernadet S., Tsougkou M., Purper-Ouakil D., Bioulac S., Rénéric J.P., Bouvard M., Mouren M.C., Michel G. Conduites à risques à l'adolescence : Rôle du TDAH. *1er Congrès International de Langue Française sur le TDA/H, 24-25 Juin 2010, Bordeaux, France.*

Bernadet S., Michel G. Corps violentés, corps en danger : les conduites à risques à enjeux physiques à l'adolescence. *Journées thématiques de l'école doctorale des Sciences Sociales, « Le corps, entre objectivation et subjectivation », 11 et 12 mars 2010, Bordeaux, France.*

Bernadet S., Aubron V., Purper-Ouakil D., Michel G. Jeux dangereux: Personnalité, fonctionnement émotionnel et adaptatif. *8ème Congrès de l'Encéphale, 21-23 Janvier 2010, Paris France.*

Bernadet S., Tsougkou M., Purper-Ouakil D., Bioulac S., Rénéric J.P., Bouvard M., Mouren M.C, Michel G. Etude psychopathologique des comportements antisociaux. *2èmes Journées de l'Ecole Doctorale des Sciences Sociales, 2-3 Juin 2009, Bombannes.*

Communications affichées en langue anglaise

Bernadet S., Rubingher M., Purper-Ouakil D., Bouilac S., Reneric JP., Bouvard M., Mouren-Simeoni M.C., Michel G. Psychological and dimensional approach of psychopathological disorders in adolescence. *27th International Congress of Applied Psychology, 11-16 July 2010, Melbourne, Australia.*

Bernadet S., Aubron V., Purper-Ouakil D., Michel G. Violent and transgressive antisocial behaviors in high school students: A psychological approach. *The 11th European Congress of Psychology, 2009 07-10 July, Oslo, Norway.*

Bernadet S., Rubingher M., Purper-Ouakil D., Bouilac S., Reneric JP., Bouvard M., Mouren-Simeoni M.C., Michel G. ADHD and violent/non violent antisocial behaviour: Role of psychiatric comorbidity. *2nd International Congress on ADHD, 2009 21-24 May, Vienna, Austria.*

Bernadet S., Aubron V., Purper-Ouakil D., Michel G. ADHD symptomatology and risk-taking behaviour in high school students: What about Dangerous Games? *2nd International Congress on ADHD, 2009 21-24 May, Vienna, Austria.*

Communications orales en langue anglaise

Bernadet S., Aubron V., Purper-Ouakil D., Michel G. Risk taking behaviors in adolescence : different psychological profiles. *27th International Congress of Applied Psychology, 11-16 July 2010, Melbourne, Australia.*

Tables des matières

INTRODUCTION **1**

PARTIE THEORIQUE **5**

Chapitre I. Consommation de substance psychoactive et comportements antisociaux à l'adolescence **6**

I. Consommation de substances psychoactives **6**

I.1. Modalités de consommation d'une substance psychoactive 6

I.1.1. Expérimentation 6

I.1.2. Usage 6

I.1.2.a) L'usage occasionnel 7

I.1.2.b) L'usage régulier 7

I.1.3. Troubles liés à l'usage d'une substance 7

I.1.3.a) Abus / Usage nocif 7

I.1.3.b) Dépendance 8

I.2. Taux de prévalence à l'adolescence 9

I.2.1. Expérimentation 10

I.2.1.a) Tabac 10

I.2.1.b) Alcool 11

I.2.1.c) Cannabis 12

I.2.1.d) Polysubstances 13

I.2.1.e) Focus sur les « années collège » 13

I.2.2. Usage régulier 16

I.2.2.a) Tabac 16

I.2.2.b) Alcool 17

I.2.2.c) Cannabis 18

I.2.2.d) Polysubstances 19

I.2.2.e) Focus sur les « années collège » 19

I.2.3. Troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive 21

II. Comportements antisociaux à l'adolescence. **23**

II.1. Définition 23

II.2. Taux de prévalence à l'adolescence 26

II.2.1. Comportements antisociaux violents 27

II.2.1.a) Bullying 27

II.2.1.b) Bagarres 28

II.2.1.c) Dégradation de biens 28

II.2.1.d) Utilisation d'un objet comme une arme 29
II.2.2. Comportements antisociaux non violents 30

III. Un enjeu de santé publique 31
III.1. Les risques sanitaires et sociaux 31
III.2. Les conduites à risques associées 32
III.2.1. Définition 32
III.2.2. Exemples de conduites à risques associées 33

IV. Le phénomène de co-occurrence 35
IV.1. Maturation psychobiologique inhérente à l'adolescence 35
IV.2. Influence bi-directionnelle 36
IV.3. Syndrome général de déviance 38

Chapitre 2. Facteurs de vulnérabilité 41

I. Troubles psychopathologiques et symptomatologies associées 42
I.1. Troubles et symptômes externalisés 42
I.1.1. Définition 42
I.1.2. Etudes 43
I.1.2.a) Consommation de substances psychoactives 43
I.1.2.b) Comportements antisociaux 45
I.2. Troubles et symptômes internalisés 47
I.2.1. Définition 47
I.2.2. Etudes 48
I.2.2.a) Consommation de substances psychoactives 48
I.2.2.b) Comportements antisociaux 49
I.3. Comorbidité entre troubles ou symptômes externalisés et internalisés 50

II. Personnalité 52
II.1. Modèle biopsychosocial de la personnalité de Cloninger 52
II.1.1. Définition 52
II.1.2. Tempérament 54
II.1.2.a) Consommation de substances psychoactives 54
II.1.2.b) Comportements antisociaux 56
II.1.3. Tempérament et caractère 57
II.1.3.a) Consommation de substances psychoactives 57
II.1.3.b) Comportements antisociaux 58

III. Stress-coping 60
III.1. Définition 60
III.2. Etudes 61
III.2.1. Consommation de substances psychoactives 61
III.2.2. Comportements antisociaux 62

PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS **64**

PARTIE EMPIRIQUE **71**

Chapitre I. Etude en milieu scolaire **73**

I. Procédure **73**

II. Participants **75**

III. Outils de mesure **76**

III.1. Auto-évaluation 76

III.1.1. Consommation de substances psychoactives 76

III.1.1.a) La consommation de tabac 77

- Questionnaire exploratoire 77
- Le Fagerström 77
- Le Hooked On Nicotine Cheklist 77

III.1.1.b) La consommation d'alcool 78

- Questionnaire exploratoire 78
- Le Deta-Cage 78

III.1.1.c) La consommation de cannabis 78

- Questionnaire exploratoire 78
- L'Alcohol Advisory Council 79

III.1.2. Comportements antisociaux 79

III.1.3. Conduites à risques 80

III.1.4. Symptomatologie dépressive 80

III.1.5. Symptomatologie anxieuse 81

III.1.6. Personnalité et tempérament 81

III.1.7. Stress perçu 83

III.1.8. Stratégies de coping 83

III.2. Hétéro-évaluation 84

III.2.1. Symptomatologie du TDAH 84

III.2.2. Symptomatologie agressive 85

IV. Objectifs spécifiques et hypothèses opérationnelles **87**

V. Analyses statistiques **88**

VI. Résultats descriptifs **93**

VI.1. Prévalence de la consommation de substances psychoactives 93

VI.2. Prévalence des comportements antisociaux. 95

VI.3. Prévalence de la co-occurence de consommation de substances psychoactives et de comportements antisociaux. 97

VII. Profils comportementaux **100**

VII.1. Type de substances psychoactives et de comportements antisociaux 100
VII.2. Sévérité des comportements. 103
VII.3. Facteurs socio-démographiques associés 105
VII.4. Conduites à risques associées 106

VIII. Résultats inférentiels 108
VIII.1. Symptômes psychopathologiques 108
VIII.2. Personnalité 109
VIII.3. Stress-coping 111

IX. Discussion des résultats. 114
IX.1. Prévalence de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux 114
IX.1.1. Consommation de substances psychoactives 114
IX.1.2. Comportements antisociaux 115
IX.1.3. Consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux 116
IX.2. Profils comportementaux. 119
IX.3. Facteurs de vulnérabilité impliqués dans chaque profil comportemental. 130
IX.3.1. Symptômes psychopathologiques 131
IX.3.2. Personnalité 135
IX.3.3. Stress coping 139

Chapitre 2. Etude en milieu psychiatrique 143

I. Procédure 143

II. Participants 146

III. Outils de mesure 149
III.1. Auto-évaluation 149
III.1.1. Consommation de substances psychoactives, comportements antisociaux et conduites à risques 149
III.1.2. Symptomatologie dépressive et anxieuse 150
III.1.3. Personnalité 150
III.1.4. Stress perçu 150
III.1.5. Stratégies de coping 151
III.2. Hétéro-évaluation 151
III.2.1. Psychopathologie actuelle et passée 151
III.2.2 Symptomatologie du TDAH 152
III.2.3. Symptomatologie agressive 153

IV. Objectifs spécifiques et hypothèses opérationnelles 153

V. Analyses statistiques 155

VI. Résultats descriptifs 158

VI.1. Prévalence de la consommation de substances psychoactives. 158
VI.2. Prévalence des comportements antisociaux 161
VI.3. Prévalence de la co-occurence de consommation de substances psychoactives et de comportements antisociaux 162

VII. Profils comportementaux 165
VII.1. Type de substances psychoactives et de comportements antisociaux. 165
VII.2. Sévérité des comportements. 167
VII.3. Facteurs socio-démographiques associés 170
VII.4. Conduites à risques associées 170

VIII. Résultats inférentiels 172
VIII.1. Troubles et symptômes psychopathologiques 172
VIII.2. Personnalité 179
VIII.3. Stress-coping 181

IX. Discussion des résultats. 182
IX.1. Prévalence de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux 182
IX.1.1. Consommation de substances psychoactives 182
IX.1.2. Comportements antisociaux 183
IX.1.3. Consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux 184
IX.2. Profils comportementaux. 186
IX.3. Facteurs de vulnérabilité impliqués dans chaque profil comportemental. 195
IX.3.1. Troubles et symptômes psychopathologiques 195
IX.3.2. Personnalité 198
IX.3.3. Stress-coping 201

Chapitre 3. Etude en addictologie 203

I. Procédure 203

II. Participants 204

III. Outils de mesure 206
III.1. Auto-évaluation 206
III.1.1. Consommation de substances psychoactives, comportements antisociaux et conduites à risques 206
III.1.2. Symptomatologie dépressive et anxieuse 206
III.1.3. Personnalité 207
III.1.4. Stress perçu 207
III.1.5. Stratégies de coping 208
III.2. Hétéro-évaluation 208
III.2.1. Psychopathologie actuelle et passée 208
III.2.2. Symptomatologie du TDAH 208

III.2.3. Symptomatologie agressive 209

IV. Objectif et hypothèses opérationnelles 209

V. Analyses statistiques 211

VI. Résultats descriptifs 212

VI.1. Prévalence des comportements antisociaux et des conduites de consommation 212

VI.2. Mise en perspective des trois études. 213

VI.2.1. Description socio-démographique des trois populations 213

VI.2.2. Sévérité des conduites de consommation et des comportements antisociaux 215

VI.2.3. Conduites à risques associées 217

VI.2.4. Troubles psychopathologiques associés 218

VI.2.5. Personnalité 220

VI.2.6. Stress-coping 220

VII. Discussion des résultats 221

VII.1. Prévalence des comportements antisociaux et des conduites de consommation 221

VII.2. Mise en perspective des trois études. 222

VII.2.1. Sévérité des conduites de consommation et des comportements antisociaux 222

VII.2.2. Conduites à risques associées 224

VII.2.3. Troubles psychopathologiques associés 225

VII.2.4. Symptômes psychopathologiques associés 225

VII.2.5. Personnalité 226

VII.2.6. Stress-coping 228

DISCUSSION GENERALE 229

I. De l'approche descriptive à l'approche centrée sur la personne 231

I.1. Observations spécifiques 231

I.1.1. Un profil « sévère » d'adolescents exclusivement antisociaux en population psychiatrique 231

I.1.2. Un profil « normal » d'adolescents exclusivement violents en population scolaire 232

I.1.3. Une différence de genre chez les consommateurs antisociaux en population scolaire 233

I.1.4. Des consommations occasionnelles non sans risques en population scolaire 233

I.2. Observations communes 235

I.2.1. La transgression « normale » de l'adolescence 235

I.2.2. La forme mixte des comportements antisociaux : indicateur de sévérité 235

I.2.3. Le milieu de l'adolescence, période charnière 236

I.2.4. Deux profils de consommateurs antisociaux : deux modes de consommation 236

II. Approche centrée sur la personne et centrée sur les variables 238

II.1. La recherche de nouveauté 238

II.2. L'immaturité sociale 239

II.3. La symptomatologie dépressive 240

II.4. Le « désengagement scolaire » 241
II.5. Des enjeux psychopathologiques et psychologiques intimement liés 241

III. Le dispositif multi-échantillon 242

III.1. Le tempérament : un point d'ancrage 242
III.2. Le TOP et ses comorbidités 243

IV. Recommandations pratiques générales 244

IV.1. La chronologie des consommations 244
IV.2. Les conduites à risques : des indicateurs à investiguer 245
IV.3. Les habiletés sociales 246

V. Limites et perspectives 247

V.1. Limites 247
V.2. Perspectives 248

CONCLUSION 250

Références 252

ANNEXES 291

Liste des tableaux

Tableau 1. Liste des comportements antisociaux selon les critères DSM IV TR du trouble des conduites et la classification de Burt et al. (2011) 26
Tableau 2. Description de la population en milieu scolaire. 75
Tableau 3. Consistance interne du JTCI en population scolaire. 82
Tableau 4. Consistance interne du PQ en milieu scolaire. 83
Tableau 5. Consistance interne du CASQ en milieu scolaire. 84
Tableau 6. Consistance interne de l'échelle Conners version parents et enseignants en milieu scolaire. 85
Tableau 7. Consistance interne de l'échelle OAS parents et enseignants en milieu scolaire. 86
Tableau 8. Prévalence des consommateurs de substances psychoactives en milieu scolaire. 93
Tableau 9. Prévalence des comportements antisociaux sur les douze derniers mois en milieu scolaire. 96
Tableau 10. Prévalence de collégiens déclarant au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois associé à une consommation de substances psychoactives au moins occasionnelle. 97
Tableau 11. Description des profils comportementaux en milieu scolaire. 100
Tableau 12. Sévérité de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux selon l'appartenance à un profil comportemental en milieu scolaire. 103
Tableau 13. Prévalence des différents niveaux scolaires selon chaque profil comportemental en milieu scolaire. 106
Tableau 14. Prévalence des conduites à risques par profil comportemental en milieu scolaire. 106
Tableau 15. Facteurs psychopathologiques impliqués dans l'appartenance à chaque profil comportemental en milieu scolaire. 108
Tableau 16. Dimensions de personnalité impliquées dans l'appartenance à chaque profil comportemental en milieu scolaire. 110
Tableau 17. Dimensions de stress perçu et stratégies de coping impliquées dans l'appartenance à chaque profil comportemental en milieu scolaire. 112
Tableau 18. Description de la population en milieu psychiatrique. 146
Tableau 19. Diagnostics et comorbidités en milieu psychiatrique. 147
Tableau 20. Consistance interne du JTCI en milieu psychiatrique. 150

Tableau 21. Consistance interne du PQ en milieu psychiatrique. 150
Tableau 22. Consistance interne du CASQ en milieu psychiatrique. 151
Tableau 23. Consistance interne de l'échelle Conners version parents et enseignants en milieu psychiatrique. 152
Tableau 24. Consistance interne de l'échelle OAS parents et enseignants en milieu psychiatrique. 153
Tableau 25. Prévalence de la consommation de substances psychoactives en milieu psychiatrique. 159
Tableau 26. Prévalence des comportements antisociaux en milieu psychiatrique. 161
Tableau 27. Prévalence de la co-occurence entre consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux en milieu psychiatrique. 163
Tableau 28. Description des profils comportementaux en milieu psychiatrique. 165
Tableau 29. Sévérité de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux selon l'appartenance à un profil. 168
Tableau 30. Prévalence des conduites à risques par profil comportemental en milieu psychiatrique. 171
Tableau 31. Troubles et symptômes psychopathologiques impliqués dans l'appartenance à chaque profil comportemental en milieu psychiatrique. 173
Tableau 32. Dimensions de personnalité impliquées dans l'appartenance à chaque profil comportemental en milieu psychiatrique. 179
Tableau 33. Dimensions de stress perçu et stratégies de coping impliquées dans l'appartenance à chaque profil comportemental en milieu psychiatrique. 181
Tableau 34. Description de la population d'adolescents présentant un trouble lié à l'usage d'une substance. 204
Tableau 35. Diagnostics et comorbidités psychiatriques en addictologie. 205
Tableau 36. Consistance interne du JTCI en addictologie. 207
Tableau 37. Consistance interne du PQ en addictologie. 207
Tableau 38. Consistance interne du CASQ en addictologie. 208
Tableau 39. Consistance interne de l'échelle Conners version parents en addictologie. 209
Tableau 40. Consistance interne de l'échelle OAS parents en addictologie. 209
Tableau 41. Prévalence de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux en addictologie. 212
Tableau 42. Tableau comparatif des trois populations de consommateurs antisociaux selon les facteurs socio-démographiques. 214

Tableau 43. Tableau comparatif des trois populations de consommateurs antisociaux selon leurs conduites de consommation et leurs comportements antisociaux. 216
Tableau 44. Comparaisons des scores moyens de symptômes externalisés entre les trois populations. 219
Tableau 45. Comparaisons des scores moyens de personnalité entre les trois populations. 220
Tableau 46. Comparaisons des scores moyens de stress perçu et de stratégies de coping entre les trois populations. 220

Table des figures

Figure 1. Evolution de la prévalence de l'expérimentation de tabac chez les 11-18 ans entre 1993 et 2011. 10
Figure 2. Evolution de la prévalence de l'expérimentation d'alcool chez les 11-18 ans entre 1993 et 2011. 11
Figure 3. Evolution de la prévalence de l'expérimentation de cannabis chez les 11-18 ans entre 1993 et 2011. 12
Figure 4. Evolution de la prévalence de la poly-expérimentation chez les adolescents de 16 ans entre 1999 et 2007. 13
Figure 5. Prévalence de l'expérimentation de tabac, alcool et cannabis au collège en 2010 .. 14
Figure 6. Evolution de la prévalence de la consommation régulière de tabac chez les 11-18 ans entre 1993 et 2011. 16
Figure 7. Evolution de la prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les 11-18 ans entre 1998 et 2011. 17
Figure 8. Evolution de la prévalence de la consommation régulière de cannabis chez les 11-18 ans entre 1993 et 2011. 18
Figure 9. Evolution de la prévalence de la polyconsommation régulière chez les adolescents de 16 ans entre 1993 et 2007. 19
Figure 10. Prévalence de la consommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis au collège en 2010. 20
Figure 11. Evolution de la prévalence du bullying chez les 11-15 ans entre 2002 et 2010. ... 27
Figure 12. Evolution de la prévalence des bagarres chez les 11-15 ans entre 2002 et 2010... 28
Figure 13. Evolution de la prévalence de la dégradation de biens chez les 12-18 ans entre 1999 et 2003. 28
Figure 14. Evolution de la prévalence de l'utilisation d'un objet comme une arme chez les 12-18 ans entre 1999 et 2003. 29
Figure 15. Evolution de la prévalence des vols d'objet chez les 12-18 ans entre 1999 et 2003. 30
Figure 16. Prévalence des conduites à risques par profil comportemental en milieu scolaire 107
Figure 17. Taux de participation à l'étude en milieu psychiatrique. 145

Figure 18. Prévalence des conduites à risques par profil comportemental en milieu psychiatrique. 171
Figure 19. Nombre de patients par profil comportemental selon le diagnostic principal. ... 174
Figure 20. Comorbidités psychiatriques associées au TOP chez les patients adoptant des comportements antisociaux sévères 175
Figure 21. Comorbidités psychiatriques associées au TOP chez les patients consommateurs occasionnels d'alcool adoptant des comportements antisociaux modérés..... 176
Figure 22. Comorbidités psychiatriques associées au TOP chez les patients consommateurs occasionnels d'alcool adoptant des comportements antisociaux modérés..... 177
Figure 23. Prévalence des conduites à risques pour chacune des trois populations de consommateurs antisociaux..... 217
Figure 24. Prévalence des troubles psychiatriques actuels des profils de consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique et en addictologie..... 218

INTRODUCTION

La consommation de substances psychoactives et les comportements antisociaux font partie du large spectre des conduites à risques et sont étroitement liés à l'adolescence. Née du constat d'une consommation de substances psychoactives élevée chez les adolescents délinquants, la question de la co-occurrence de conduites de consommation et de comportements antisociaux à l'adolescence a d'abord intéressé la Sociologie et la Psychocriminologie.

En France, la Psychologie a finalement peu étudié ce phénomène. L'un des premiers obstacles à ce type d'études reste le manque criant de données de prévalence répétées et standardisées permettant d'appréhender le phénomène des comportements antisociaux en population générale ; alors que la prévalence de la consommation de substances psychoactives est largement documentée et évaluée au travers d'indicateurs stables et comparables au fil du temps.

Ainsi, à l'heure actuelle, au regard de la littérature anglo-saxonne prolifique sur les liens entre consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux à l'adolescence, il semble qu'en France, la prévention des conduites de consommation des jeunes souffre d'une approche peu écologique de ces comportements, ne prenant pas suffisamment en compte les conduites antisociales.

En effet, les politiques de prévention menées en matière de consommation de substances psychoactives et de comportements antisociaux sont très isolées et très différentes.

Ainsi, l'alcool est considéré comme une substance psychoactive licite dont les pouvoirs publics tentent surtout de réglementer l'offre et les modalités de consommation. La prévention de la consommation d'alcool en France se centre donc sur la gestion des risques induits par l'alcool et la non-évolution vers la dépendance. Auprès des adolescents, la vente de boissons alcoolisées est interdite à tous les mineurs dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics et aucun alcool ne peut être servi dans un établissement scolaire (Eduscol, 2011b).

En matière de consommation de tabac, les objectifs de prévention sont d'empêcher l'initiation d'une part, et d'amener l'ensemble de la population à l'abstinence d'autre part. Auprès des adolescents, la loi Evin oblige les établissements scolaires à informer les jeunes sur les méfaits du tabagisme à l'aide de coffrets pédagogiques et soumet chaque établissement scolaire au respect de l'interdit de fumer dans l'ensemble des locaux publics, clos ou ouverts (Eduscol, 2009b).

Enfin, en matière de substances psychoactives illicites, l'usage est considéré d'emblée comme une conduite délictueuse ou déviante. L'objectif de prévention relève alors de la sanction de délit, action bien différente d'une prévention sociale et sanitaire. L'usager encourt une peine d'emprisonnement allant de un à cinq ans et/ou une amende allant de 3750 à 75000 euros (Eduscol, 2011b).

La politique de prévention des comportements antisociaux des adolescents en France, quant à elle, se centre essentiellement sur les comportements violents et donne lieu à des diagnostics de sécurité en collège et lycée renseignant sur l'évolution des phénomènes de violence et des dispositifs de lutte contre l'échec scolaire (Eduscol, 2011a).

La mise en place de comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dans chaque collège et chaque lycée permet de veiller à maintenir ces différents objectifs de prévention de la consommation de substances psychoactives et des comportements violents au travers de réflexions, d'observations et de propositions mettant ainsi en œuvre un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement. Le CESC décide ensuite du partenariat à établir selon les problématiques à traiter (Eduscol, 2009a).

Face à ces politiques préventives hétéroclites, les experts de la prévention se demandent légitimement si les différents destinataires des actions de prévention ont à leur disposition les outils nécessaires à la construction d'une démarche de santé cohérente (Guilbert et al., 2001).

C'est pourquoi, cette recherche s'inscrit dans la quatrième priorité de l'appel à projets intitulé « Les relations entre violences, délinquance et usage de substances psychoactives » financé par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies (MILDT), l'Institut National de lutte contre le Cancer (INCA) et l'Institut National de la Santé et de la

Recherche médicale (INSERM). Dans une perspective de réflexion quant à l'amélioration des stratégies de prévention de la consommation de substances psychoactives des adolescents actuellement proposées en France, il est en effet apparu nécessaire de faire un détour par une étude des comportements antisociaux à l'adolescence.

A l'international, les programmes de prévention dirigés vers les comportements antisociaux ou vers un ensemble de conduites à risques semblent efficaces quant à une réduction significative de ces comportements (Bloomquist, August, Lee, Berquist, & Mathy, 2005; Guilamo-Ramos, Litardo, & Jaccard, 2005; Harcourt, 2009; Molina, Bowie, Dulmus, & Sowers, 2004).

Plusieurs questions se posent alors : Que sait-on à l'heure actuelle de la prévalence des comportements antisociaux des adolescents en France ? Qu'est ce qui explique le lien étroit entre consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux à l'adolescence ? Qui sont ces adolescents associant comportements antisociaux et conduites de consommation ? Comment cette co-occurrence mène à des conduites de consommation à risques ?

Afin de répondre à ces interrogations, ce travail présentera, dans le premier chapitre de sa partie théorique, la prévalence en France des consommations de substances psychoactives des adolescents, les quelques études publiées sur la prévalence des comportements antisociaux à l'adolescence, les enjeux de Santé Publique que représentent ces deux comportements et les modèles théoriques permettant d'appréhender leur co-occurrence ; ceux-ci ayant permis de diriger la revue de la littérature quant aux facteurs de vulnérabilité psychopathologiques et psychologiques impliqués dans chacune de ces conduites et leur sévérité.

Dans un second chapitre, seront présentés ces facteurs de vulnérabilité individuelle. L'état des lieux de la recherche dans ce domaine donnera alors corps à la problématique et aux objectifs du présent travail de thèse.

Une partie empirique présentera le dispositif de l'étude menée en trois volets, une description des procédures et protocoles de recherche et proposera les hypothèses associées à chaque objectif spécifique, les participants, les outils de mesure utilisés, les analyses statistiques effectuées, les résultats issus du traitement des données et leur discussion.

Une discussion générale s'en suivra afin de mettre en lumière les apports scientifiques d'une étude telle que celle-ci, dans cette problématique majeure des consommations de substances psychoactives et des comportements antisociaux à l'adolescence. Cette discussion permettra également d'ouvrir sur de nouvelles perspectives de recherche et des propositions en termes de prévention et de pratiques cliniques.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I. Consommation de substance psychoactive et comportements antisociaux à l'adolescence

I. Consommation de substances psychoactives

Les substances psychoactives agissent sur le cerveau en induisant des effets psychiques modifiant l'activité mentale et le comportement de son usager. Ces effets varient selon les substances, les quantités, la fréquence et la durée des consommations (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé & Mission Interministerielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanie, 2007).

On distingue alors différentes modalités d'usage de substances psychoactives : l'usage qui n'entraîne ni complication pour la santé ni dommage pour les autres, l'usage nocif ou l'abus et la dépendance (INPES & MILDT, 2007).

I.1. Modalités de consommation d'une substance psychoactive

I.1.1. Expérimentation

L'expérimentation, c'est le fait d'avoir pris contact, au moins une fois dans sa vie, avec le produit. Ce type d'usage est surtout retrouvé chez les adolescents (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, 2011a).

I.1.2. Usage

L'usage est défini comme une consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication ni dommage. Selon les experts ayant rédigés le Baromètre Santé en 2000, cette conception n'est pas acceptée comme telle en France, ni par l'ensemble de la population ni par la plus grande partie des experts. Elle fait l'objet d'une forte controverse scientifique, politique et culturelle. Cependant, elle reste utilisée par l'ensemble des études épidémiologiques et empiriques car si l'on admet que l'usage d'une substance psychoactive ne relève pas nécessairement d'une problématique de soins, il reste une conduite à risques qui interroge sa prévention (Guilbert, et al., 2001).

I.1.2.a) L'usage occasionnel

En général, dans les études épidémiologiques, cela correspond à une consommation au moins une fois dans l'année (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, 2011b).

I.1.2.b) L'usage régulier

Cela correspond à au moins dix usages dans le mois jusqu'à un usage quotidien (OFDT, 2011b). Ces conduites de consommation peuvent, de par leur fréquence, leur sévérité et leur envahissement dans la vie du sujet, devenir pathologiques. On parlera alors de troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive.

I.1.3. Troubles liés à l'usage d'une substance

I.1.3.a) Abus / Usage nocif

L'usage nocif ou abus est caractérisé par une consommation de substances psychoactives susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou lointain, les autres, la société. Cette modalité d'usage ne fait pas référence au caractère licite ou illicite du produit (American Psychiatric Association, 2000).

L'abus selon le DSM IV-TR (APA, 2000) est donc un mode d'utilisation inadéquat d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. Il se caractérise par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

• Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, exclusion temporaire ou définitive de l'école, négligence des tâches ménagères courantes).

• Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple : lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine).

• Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation d'une substance).
• Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication chronique).

Le caractère pathologique de cette consommation est donc défini par la répétition de la consommation et des dommages induits. Cependant, des critères physiologiques comme l'absence de symptômes de tolérance et de sevrage différencient l'abus de la dépendance.

I.1.3.b) Dépendance

La définition de la dépendance établie par le DSM IV-TR (APA, 2000) intègre des données d'ordre biologique et d'ordre psychologique mais aussi des critères de comportement social. Elle précise par ailleurs que la dépendance physique n'est pas indispensable pour parler de dépendance aux substances psychoactives (Guilbert, et al., 2001).

Ainsi, la dépendance à une substance psychoactive se définit par un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur une période de douze mois :
• La tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré; effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
• Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : syndrome de sevrage caractéristique de la substance; la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
• La substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.
• Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
• Beaucoup de temps passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.

• D’importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l’utilisation de la substance.
• Poursuite de l’utilisation de la substance malgré la connaissance de l’existence d’un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

I.2. Taux de prévalence à l’adolescence

L'alcool, le tabac et le cannabis sont les substances psychoactives les plus couramment consommées par les adolescents dans tous les pays occidentaux (Bauman & Phongsavan, 1999; Johnston, O'Malley, Bachman, & Schulenberg, 2007; Smart & Ogborne, 2000; Spilka, Le Nézet, Beck, Ehlinger, & Godeau, 2012).

Les données présentées ci-dessous proviennent d’enquêtes transversales menées en population générale, portant sur des échantillons représentatifs d’adolescents de 11-12 ans à 17-18 ans :

- Les enquêtes European School Survey on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) réalisées en 1993, 1999, 2003 et 2007 par l’INSERM et publiées par l’OFDT (Choquet et al., 2004; Choquet, Ledoux, Hassler, Beck, & Peretti-Watel, 2000; Legleye, Spilka, Le Nézet, Hassler, & Choquet, 2009),

- Les enquêtes sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) réalisées en 2008 et 2011 et publiées par l'OFDT (Legleye, Spilka, Le Nézet, & Laffiteau, 2009; Spilka, Le Nézet, & Tovar, 2012),

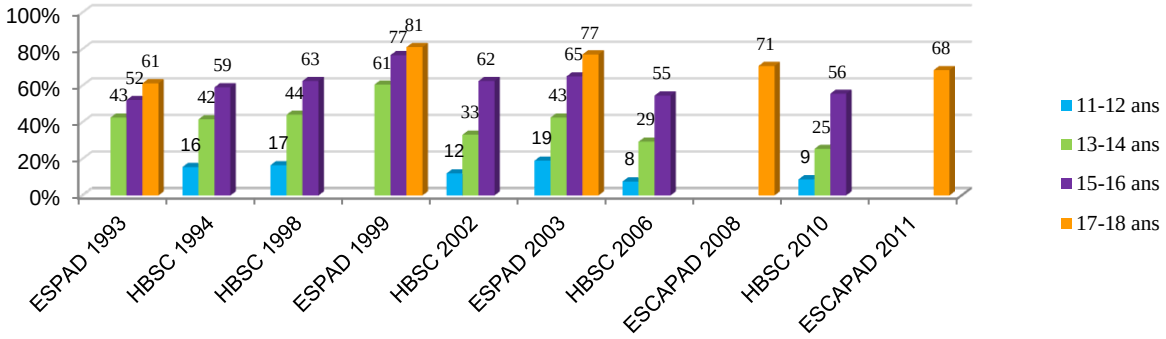
- Les enquêtes internationales Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) réalisées en 1993, 2002, 2006 et 2010 et publiées par l’INPES (Currie et al., 2004; Currie et al., 2012; King, Wold, Tudor-Smith, & Harel, 1996; Legleye, Spilka, Nézet, Beck, & Godeau, 2008).

Ces enquêtes permettent de comparer des prévalences quant à l’expérimentation et à l’usage régulier d’une substance psychoactive. Il est cependant beaucoup plus difficile de comparer ces études quant à l’usage occasionnel, toutes n’ayant pas systématiquement publié leurs résultats quant à cette modalité d’usage.

I.2.1. Expérimentation

I.2.1.a) Tabac

Figure 1. Evolution de la prévalence de l'expérimentation de tabac chez les 11-18 ans entre 1993 et 2011.



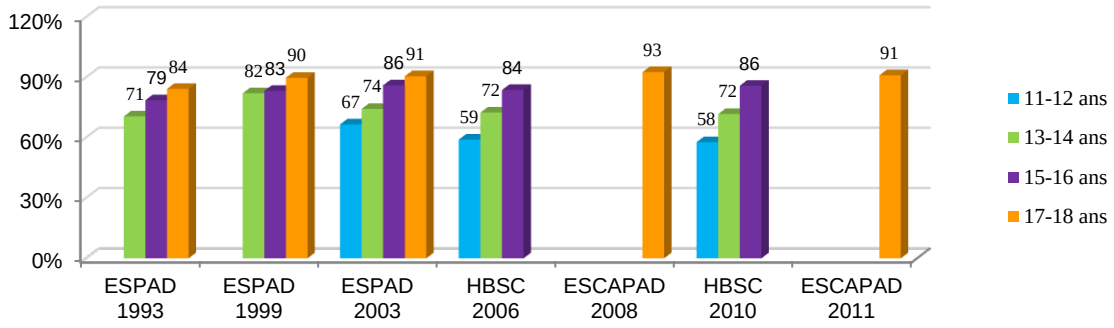
Depuis 1993, l'expérimentation de tabac semble diminuer chez les 11-14 ans, passant de 16% en 1994 à 9% en 2010 chez les 11-12 ans, et de 43% en 1993 à 25% en 2010 chez les 13-14 ans. En revanche, cette expérimentation se stabilise, chez les 15-18 ans, passant de 52% en 1993 à 56% en 2010 chez les 15-16 ans, et de 61% en 1993 à 68% en 2011 chez les 17-18 ans.

De plus, quelle que soit l'année de l'enquête, l'expérimentation de tabac augmente nettement avec l'âge. En effet, à partir de 13 ans, cette expérimentation touche trois fois plus d'adolescents qu'entre 11 et 12 ans, passant d'environ 15% à 11-12 ans à 35% à 13-14 ans et atteindre en moyenne 60% après 15 ans.

Depuis plusieurs années, il semble que la tranche d'âge la plus vulnérable à une expérimentation de tabac soit les adolescents de 13-14 ans, avec une légère diminution de l'âge moyen d'expérimentation entre 2000 et 2008, passant de 13,7 ans à 13,5 ans (ESCAPAD, 2008).

I.2.1.b) Alcool

Figure 2. Evolution de la prévalence de l'expérimentation d'alcool chez les 11-18 ans entre 1993 et 2011.



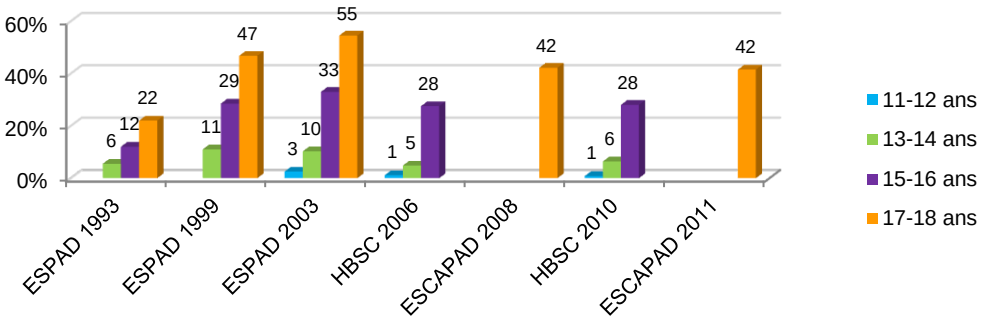
Depuis 2003, l'expérimentation de l'alcool tend à diminuer chez les 11-12 ans, passant de 67% en 2003 à 58% en 2010.

Depuis 1993, en revanche, cette expérimentation tend à se stabiliser chez les 13-18 ans. Ainsi, en 1993, 71% des 13-14 ans, 79% des 15-16 ans et 84% des 17-18 ans avait déjà consommé de l'alcool contre 72% des 13-14 ans 86% des 15-16 ans en 2010, et 91% des 17-18 ans en 2011.

Au vu des prévalences élevées d'adolescents de 11-12 ans ayant expérimenté de l'alcool, la rencontre avec ce produit se ferait donc avant 11 ans. Cependant, aucune enquête ne permet de connaître l'évolution de cet âge d'expérimentation car l'âge d'expérimentation considéré dans la majorité des enquêtes est celui de la première ivresse.

I.2.1.c) Cannabis

Figure 3. Evolution de la prévalence de l'expérimentation de cannabis chez les 11-18 ans entre 1993 et 2011.



Depuis 2003, l'expérimentation de cannabis est marginale chez les adolescents de 11-12 ans.

Entre 1993 et 2003, l'expérimentation de cannabis a augmenté chez les 13-18 ans, passant de 6% en 1993 à 10% en 2003 chez les 11-12 ans puis de 12% en 1993 à 33% en 2003 chez les 13-14 ans et de 22% en 1993 à 55% en 2003 chez les 17-18 ans.

En revanche, depuis 2003, la tendance semble être à la baisse de cette expérimentation. En effet, l'expérimentation de cannabis passe de 10% en 2003 à 6% en 2010 chez les 13-14 ans, de 33% en 2003 à 28% en 2010 chez les 15-16 ans puis de 55% en 2003 à 42% en 2011 chez les 17-18 ans.

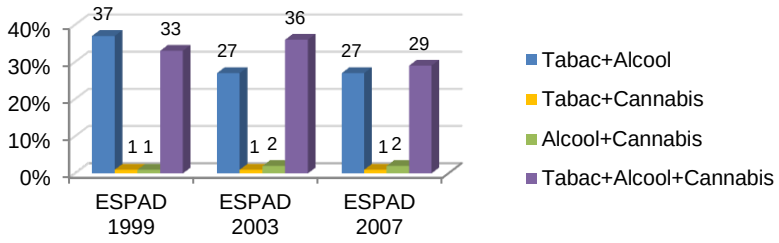
Depuis 1999, quelle que soit l'année de l'enquête, l'expérimentation de cannabis augmente avec l'âge. En effet, alors qu'en moyenne, un peu moins de 10% des 11-12 ans a déjà consommé du cannabis, près de trois fois plus des adolescents des 15-16 ans en ont déjà consommé (30%), pour atteindre en moyenne 45% des 17-18 ans.

La tranche d'âge la plus vulnérable à l'expérimentation de cannabis se situerait donc plutôt vers 15-16 ans, avec une légère diminution de l'âge d'expérimentation entre 2000 et 2008, passant de 15,3 ans à 15,2 ans (ESCAPAD, 2008).

I.2.1.d) Polysubstances

Peu d'enquête ont exploité leurs données sur la poly-expérimentation de substances psychoactives. Seules les enquêtes ESPAD 1999, 2003 et 2007 permettent de connaître la prévalence de poly-expérimentateurs chez des adolescents de 16 ans.

Figure 4. Evolution de la prévalence de la poly-expérimentation chez les adolescents de 16 ans entre 1999 et 2007.



Depuis 1999, les poly-expérimentations tabac-cannabis et alcool-cannabis chez les adolescents de 16 ans restent marginales.

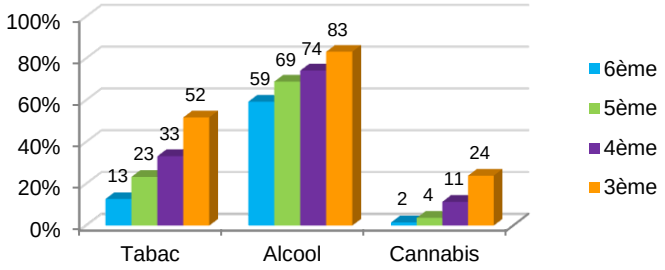
Néanmoins, les poly-expérimentations tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis concernent près d'un tiers des adolescents de 16 ans. Elles semblent en légère baisse depuis 1999, passant de 37% à 27% en 2007 pour la co-occurence tabac-alcool, et de 33% en 1999 à 29% en 2007 pour la co-occurence tabac-alcool-cannabis.

I.2.1.e) Focus sur les « années collège »

Au regard des enquêtes épidémiologiques précédentes quant aux classes d'âge les plus vulnérables à l'expérimentation de substances psychoactives, une étude HSBC récente (2010) s'est centrée sur l'expérimentation de substances durant les « années collèges » (Spilka, Le Nézet, Beck, et al., 2012).

Les résultats de cette étude permettent d'appréhender la prévalence des collégiens expérimentateurs selon le produit et le niveau scolaire.

Figure 5. Prévalence de l'expérimentation de tabac, alcool et cannabis au collège en 2010



L'alcool est la substance psychoactive la plus expérimentée, suivie du tabac et du cannabis.

Quel que soit le produit considéré, la prévalence des expérimentateurs augmente progressivement entre la 6ème et la 3ème. Cependant, la progression la plus remarquable entre le début et la fin du collège reste celle du cannabis. Très marginale en 6ème, elle atteint 24% en 3ème. En 6ème et 5ème, l'expérimentation de cannabis concerne davantage les garçons pour concerner tant les garçons que les filles dès la 4ème.

L'expérimentation de tabac, quant à elle, passe de 13% en 6ème à 52% en 3ème, soit 4 fois plus d'expérimentateurs de tabac en fin de collège. En 6ème et 5ème, l'expérimentation de tabac concerne davantage les garçons pour concerner plutôt les filles dès la 4ème.

La prévalence des expérimentateurs d'alcool progresse moins rapidement entre la 6ème et la 3ème passant de 59% à 83%. En effet, dès la 6ème, une forte proportion des adolescents a déjà consommé de l'alcool. En 6ème et 5ème, l'expérimentation d'alcool concerne davantage les garçons pour concerner tant les garçons que les filles dès la 4ème.

En résumé

◘ Depuis 1993, l'expérimentation de tabac diminue chez les 11-14 ans et se stabilise chez les 15-18 ans.

◘ Les adolescents de 13-14 ans sont les plus vulnérables à une expérimentation de tabac avec un âge moyen d'expérimentation (13,5 ans) sensiblement plus précoce depuis 2000.

◘ Depuis 2003, l'expérimentation d'alcool diminue chez les 11-12 ans et se stabilise, depuis 1993, chez les 13-18 ans.

◘ L'alcool est la substance psychoactive la plus expérimentée et très précocement (avant 11 ans).

◘ L'expérimentation de cannabis est marginale chez les 11-12 ans et diminue depuis 2003 chez les 13-18 ans.

◘ Les adolescents de 15-16 ans sont les plus vulnérables à une expérimentation de cannabis avec un âge moyen d'expérimentation (15,2 ans) sensiblement plus précoce depuis 2000.

◘ La poly-expérimentation de substances psychoactives, en diminution depuis 1999, concerne plutôt la co-occurence tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis.

◘ Durant les années collège, l'expérimentation, quelle que soit la substance psychoactive, augmente progressivement avec le niveau scolaire.

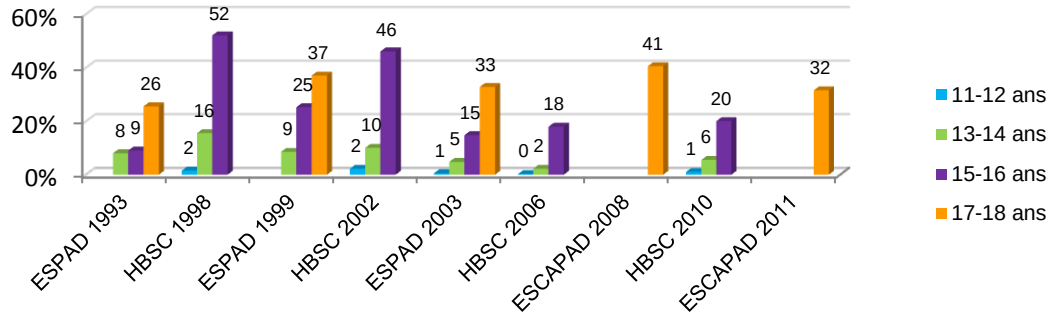
◘ En début de collège, les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir expérimenté du tabac, de l'alcool ou du cannabis.

◘ En milieu de collège, les filles sont aussi nombreuses que les garçons à avoir expérimenté de l'alcool et du cannabis, mais plus nombreuses que les garçons à avoir expérimenté du tabac.

I.2.2. Usage régulier

I.2.2.a) Tabac

Figure 6. Evolution de la prévalence de la consommation régulière de tabac chez les 11-18 ans entre 1993 et 2011.



Depuis 1993, la consommation régulière ou quotidienne de tabac reste marginale chez les 11-12 ans (1,2% en moyenne) et les 13-14 ans (8% en moyenne) et concerne sensiblement plutôt les garçons. Ainsi, en 2010, cet usage régulier de tabac concerne 1% des filles contre 2% des garçons de 11 ans, et 5% des filles contre 6% des garçons de 13 ans.

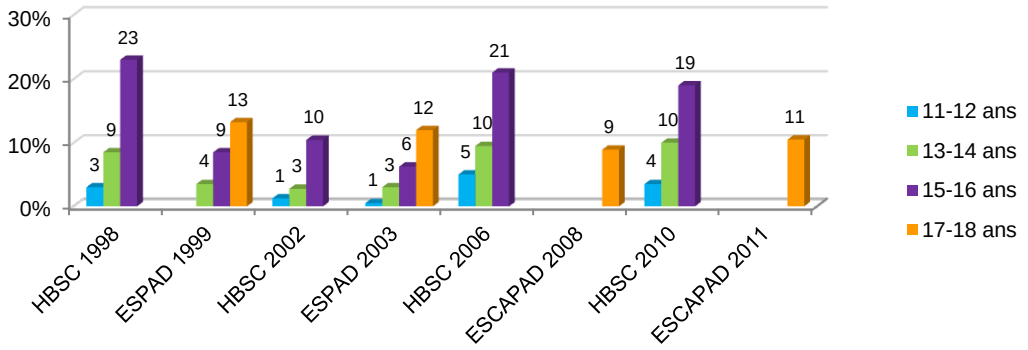
Quelle que soit l'année de l'enquête, la consommation de tabac augmente avec l'âge. Ainsi, les 15-18 ans semblent être les plus vulnérables à une consommation régulière de tabac. En moyenne, depuis 1993, alors que 8% des 13-14 ans consomment régulièrement du tabac, près de 26% des 15-16 ans et 34% des 17-18 ans sont concernés par cette modalité d'usage du tabac.

Cependant, la prévalence de la consommation régulière de tabac chez les 15-16 ans et les 17-18 ans, bien que très fluctuante, tend à se stabiliser depuis 2002-2003. En 2010, chez les adolescents de 15 ans, la consommation régulière de tabac touche tant les garçons que les filles (20% de garçons vs. 20% de filles). En 2011, chez les adolescents de 17 ans, la consommation régulière de tabac touche plutôt les garçons (32,7% de garçons vs. 30,2% de filles).

Enfin, en 2010, quel que soit le sexe, la proportion des adolescents de 11 à 15 ans consommateurs de tabac en France (9% en moyenne) est plus élevée qu'aux Etats-Unis (4%), au Canada (4%), en Angleterre (5,5%) ou en Espagne (8%) (HSBC 2010).

I.2.2.b) Alcool

Figure 7. Evolution de la prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les 11-18 ans entre 1998 et 2011.



Depuis 1998-1999, la consommation régulière d'alcool tend à se stabiliser chez les 11-12 ans (2,8% en moyenne) et les 17-18 ans (11% en moyenne).

Depuis 2003, cependant, cette consommation a augmenté puis s'est stabilisée depuis 2006 chez les 13-14 ans et les 15-16 ans, concernant alors 3% des 13-14 ans en 2003 contre 10% en 2006 et 2010, puis 6% des 15-16 ans en 2003 contre 21% en 2006 et 19% en 2010.

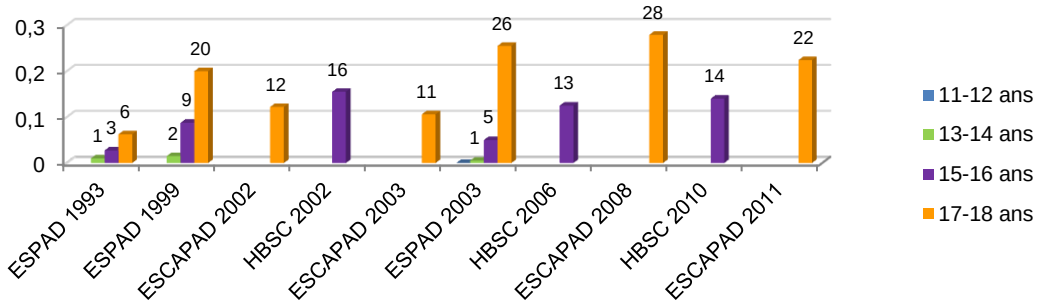
Ainsi, quelle que soit l'année de l'enquête, la consommation régulière d'alcool augmente avec l'âge. Les 15-18 ans semblent, en effet, les plus vulnérables à une consommation régulière d'alcool.

En 2010, la consommation régulière d'alcool concerne plutôt les garçons chez les adolescents de 11-15 ans, notamment dès 15 ans (5% de garçons vs. 2% de filles à 11 ans ; 10% de garçons vs. 6% de filles à 13 ans et 25% de garçons vs. 13% de filles à 15 ans).

Enfin, en 2010, quel que soit le sexe, la proportion des adolescents de 11 ans à 15 ans consommateurs d'alcool en France (11% en moyenne) est plus élevée qu'aux Etats-Unis (6%), au Canada (7%) ou en Espagne (9%) (HSBC 2010).

I.2.2.c) Cannabis

Figure 8. Evolution de la prévalence de la consommation régulière de cannabis chez les 11-18 ans entre 1993 et 2011.



Depuis 1993, les adolescents de 11-12 ans ne sont pas concernés par la consommation régulière de cannabis, et les adolescents de 13-14 ans ne le sont que très marginalement.

Les adolescents à partir de 15 ans, en revanche, sont les plus vulnérables à une consommation régulière de cannabis.

Ainsi, entre 1993 et 2002, la prévalence des consommateurs chez les 15-16 ans a largement augmenté, passant de 3% en 1993 à 16% en 2002, pour se stabiliser entre 2006 (13%) et 2010 (14%). La consommation des 17-18 ans a augmenté jusqu'en 2003, passant de 6% en 1993 à 26% en 2003 puis tend à se stabiliser par la suite (26% en 2003, 28% en 2008, 22% en 2011).

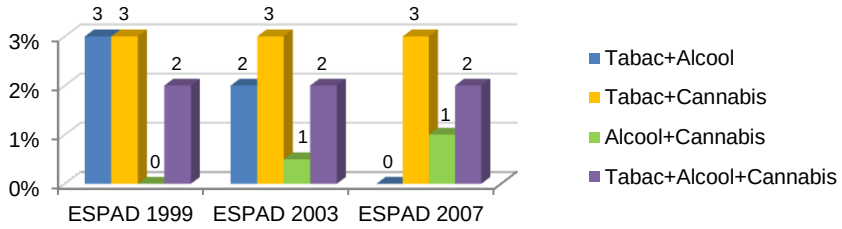
En 2010, chez les adolescents de 15 ans, les garçons sont plus nombreux que les filles à consommer régulièrement du cannabis (16% de garçons vs. 12% de filles).

Enfin, en 2010, quel que soit le sexe, la proportion des adolescents de 15 ans consommateurs de cannabis (14% en moyenne) est la troisième prévalence mondiale la plus élevée après le Canada (18%) et l'Espagne (16%) (HSBC 2010).

I.2.2.d) Polysubstances

Seules les enquêtes ESPAD 1999, 2003 et 2007 permettent de connaître la prévalence de poly-consommateurs chez des adolescents de 16 ans.

Figure 9. Evolution de la prévalence de la polyconsommation régulière chez les adolescents de 16 ans entre 1993 et 2007.



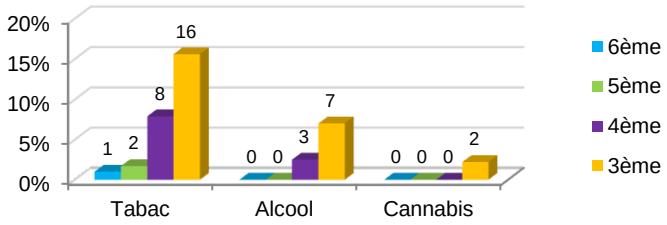
Depuis 1999, les poly-consommations de substances psychoactives chez les adolescents de 16 ans restent marginales. Cependant, en 2007, les polyconsommateurs associent préférentiellement tabac-cannabis et tabac-alcool-cannabis. Au travers de ces différentes études, les publications françaises donnant des informations sur la polyconsommation régulière ne précise pas la prévalence des garçons et des filles.

I.2.2.e) Focus sur les « années collège »

Tout comme pour l'expérimentation, l'étude HBSC (2010) s'est centrée sur la consommation régulière de substances psychoactives durant les « années collèges » (Spilka, Le Nézet, Beck, et al., 2012).

Les résultats de cette étude permettent d'appréhender la prévalence des collégiens consommateurs selon le produit et le niveau scolaire.

Figure 10. Prévalence de la consommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis au collège en 2010.



Le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement, suivie de l'alcool et du cannabis.

La prévalence des consommateurs de tabac augmente progressivement entre la 6ème et la 3ème. Cependant, la prévalence des élèves consommateurs de 6ème et de 5ème reste marginale (respectivement 1% et 2%) alors que la proportion des élèves consommateurs de 4ème est quatre fois plus élevée (8%) et celle des élèves consommateurs de 3ème, huit fois plus élevée (16%). Les garçons sont sensiblement plus nombreux à consommer régulièrement du tabac en 6ème (1,5% de garçons vs. 0,5% de filles), 5ème (1,9% de garçons vs. 1,5% de filles) et 3ème (16,5% de garçons vs. 15,2% de filles) alors qu'en 4ème, ce sont les filles qui sont les plus nombreuses à consommer régulièrement du tabac (8,6% de filles vs. 7,9% de garçons).

La consommation régulière d'alcool concerne exclusivement les élèves de 4ème et de 3ème (respectivement 3% et 7%) et plus largement les garçons (3,4% des garçons vs. 1,7% des filles en 4ème et 10,2% de garçons vs. 3,8% de filles en 3ème).

Enfin, la consommation régulière de cannabis ne concerne que les élèves de 3ème (2%), plutôt les garçons que les filles (3,4% de garçons vs. 0,9% de filles).

En résumé

◘ La consommation régulière de tabac concerne surtout les 15-18 ans et se stabilise depuis 1993.

◘ La consommation régulière d'alcool concerne surtout les 15-16 ans et augmente depuis 2003 malgré une tendance à la stabilisation depuis 2008.

◘ La consommation régulière de cannabis concerne surtout les adolescents dès 15 ans et est en augmentation depuis 1993 malgré une stabilisation depuis 2006.

◘ La polyconsommation de substances psychoactives reste marginale mais concerne surtout la co-occurence tabac-cannabis et tabac-alcool-cannabis.

◘ Durant les années collège, la classe de 4ème marque une rupture durant laquelle la consommation régulière de tabac augmente fortement et débute la consommation régulière d'alcool. La consommation régulière de cannabis ne concerne que les élèves de 3ème.

◘ En 2010, la prévalence des consommateurs réguliers de tabac et d'alcool, quelle que soit la tranche d'âge considérée, reste plus élevée en France qu'aux Etats-Unis, en Angleterre, au Canada ou en Espagne.

◘ De manière générale, la consommation régulière de substances psychoactives concerne plutôt les garçons, notamment à partir de 15 ans pour l'alcool et de 17 ans pour le tabac.

I.2.3. Troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive

En France, les études épidémiologiques sont rares à indiquer la prévalence des troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive à l'adolescence.

Seules trois études ont examiné la fréquence de la dépendance au cannabis chez des lycéens et des collégiens (Chabrol, Fredaigue, & Callahan, 2000; Chabrol, Massot, Montovany, Chouicha, & Armitage, 2002; Roura & Chabrol, 2004). La première enquête réalisée en 2000

auprès de 256 lycéens indique que, parmi les 106 consommateurs occasionnels ou réguliers de cannabis, 47,2 % sont considérés comme dépendants selon les critères du DSM-IV.

Dans la seconde étude réalisée en 2002 auprès de 285 lycéens, approximativement 33 % des 159 consommateurs répondaient aux critères de dépendance au cannabis. Enfin, dans la dernière étude effectuée en 2004 auprès de 105 adolescents âgés en moyenne de 16 ans, la prévalence de la dépendance chez les consommateurs s'élève à 60%.

Les études épidémiologiques anglophones permettent de connaître la prévalence des troubles liés à l'usage d'alcool. Aux États-Unis, des études menées auprès d'adolescents montrent que la prévalence d'abus ou de dépendance à l'alcool est comprise entre 13% et 25 % chez des adolescents consommateurs réguliers (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003).

Une étude suisse permet d'identifier dans une même population d'adolescents âgés de 13 à 18 ans, la prévalence des troubles liés à l'usage d'alcool et des troubles liés à l'usage de cannabis. Ainsi, 91,3% des adolescents sont des consommateurs occasionnels ou réguliers d'alcool dont 35,7% présentent un diagnostic d'abus ou de dépendance. Concernant le cannabis, 13 % des adolescents sont des consommateurs quotidiens dont 20,3% présentent un diagnostic d'abus ou de dépendance (Zimmermann, Rossier, Bernard, Cerchia, & Quartier, 2005).

En résumé

- La prévalence des troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive à l'adolescence reste largement méconnue en France, mais concernerait de manière générale entre 30% et 60% des adolescents consommateurs d'alcool ou de cannabis.

II. Comportements antisociaux à l'adolescence.

II.1. Définition

Dans la littérature scientifique traitant des comportements antisociaux à l'adolescence, le terme de « délinquance » est très souvent employé. La délinquance est un phénomène qui se réfère à la loi, à des comportements considérés comme transgressant la légalité. Les adolescents dits « délinquants » sont souvent vus comme souffrant d'une psychopathologie. Leurs comportements considérés comme extrêmement inhabituels et ne répondant pas à la norme sont souvent associés à un trouble psychiatrique sous-jacent (Alessi, McManus, Grapentine, & Brickman, 1984; Haapasalo & Hamalainen, 1996; Hollander & Turner, 1985; Neighbors, Kempton, & Forehand, 1992; Timmons-Mitchell et al., 1997).

Même si cela n'est pas le cas pour 30% à 70% des adolescents dits « délinquants » (Doreleijers, Moser, Thijs, Van Engeland, & Beyaert, 2000; Ruchkin, Schwab-Stone, Koposov, Vermeiren, & Steiner, 2002; Ulzen & Hamilton, 1998), la psychiatrie s'est tout de même vue demander de répondre à la prise en charge de certains de ces jeunes. Ainsi, en psychiatrie, la classification des comportements antisociaux la plus utilisée est le diagnostic de trouble des conduites du DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2000).

Le trouble des conduites (TC) se définit comme un ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge des sujets (Guelfi & Crocq, 2004). Il est diagnostiqué lorsque sont présents au moins trois des comportements-critères au cours des douze derniers mois (APA, 2000).

Cependant, il s'agit de considérer cette classification avec prudence, car elle ne décrit pas seulement une liste de comportements antisociaux mais désigne un trouble avéré, des conduites répétitives et persistantes comme mode de fonctionnement majeur chez un individu.

Ces 14 dernières années, la classification DSM du trouble des conduites a beaucoup évolué. En 1980, le DSM III distingue cinq catégories de troubles des conduites : violent mal socialisé, non-violent mal socialisé, violent socialisé, non-violent socialisé et atypique.

Cependant, cette classification a mené à de nombreuses confusions diagnostiques avec une sous-évaluation des sous-types non violents.

En 1987, le DSM-III-R simplifie la classification en proposant deux sous-types : en groupe (non violent/transgressif) et solitaire (violent).

Puis en 1994, cette distinction entre comportements antisociaux violents et non violents est abandonnée au profit de deux nouvelles catégories issues des travaux de Moffit (1993) : début dans l'enfance et début à l'adolescence. Les comportements antisociaux qui débutent dans l'enfance sont relativement rares et concernent entre 5% et 10% de la population. Ce sont des comportements antisociaux sévères, persistants et surtout violents menant à des issues négatives à l'âge adulte, telles que des crimes ou délits graves. Les comportements antisociaux qui débutent à l'adolescence se limitent à cette période de la vie. Leur augmentation à l'adolescence reste transitoire. Ils sont considérés comme relativement normatifs et surtout non violents, émergeant sous l'impulsion de la puberté et se dissipant au moment d'investir un rôle d'adulte (Moffit, 1993).

Ces différentes terminologies données au trouble des conduites, depuis 1980, ont permis de préciser aujourd'hui la définition des comportements antisociaux décrivant des comportements faisant partie du développement normal d'un adolescent mais inappropriés dans la mesure où ils portent atteintes aux autres ou à la société.

Ainsi, pendant de nombreuses années, beaucoup d'études en sciences sociales, ont tenté de définir ces comportements (Born, 2005) sans trouver de réel consensus (Hare, Hart, & Harpur, 1991; Jesness, 1988; Moffit, 1993; Schlesinger, 2004). Pourtant, la majorité d'entre elles (Burt, Donnellan, Iacono, & McGue, 2011; Hinshaw, Simmel, & Heller, 1995; Tackett, Krueger, Iacono, & McGue, 2005; Tackett, Krueger, Sawyer, & Graetz, 2003) s'accordent à montrer, au travers de méthodes d'analyse factorielle, l'existence de deux facteurs modérément corrélés au sein des comportements antisociaux : des comportements antisociaux violents relevant de l'agressivité physique (« overt ») et des comportements antisociaux non violents relevant de la transgression (« covert »).

De plus, une étude récente suggère que ces différentes formes cliniques de comportements antisociaux seraient un plus important prédicteur de futures difficultés antisociales que l'âge de début de ces comportements (Burt, et al., 2011).

Ainsi, selon Burt (2011), les comportements antisociaux violents sont définis comme des actes d'agression physique (frapper, pousser, gifler, mordre), des bagarres, des menaces, des comportements d'opposition, de défiance et du « bullying » (intimidation). Les comportements antisociaux non violents/transgressifs comprennent des comportements de violation de biens (vols, le vandalisme, la mise à feu) et de transgression des règles (absentéisme, mensonge, fugue).

Cette distinction est d'autant plus importante que chaque forme clinique des comportements antisociaux implique des trajectoires développementales différentes. Ainsi, une analyse par profil des comportements antisociaux et par trajectoire de ces profils distinguent clairement leurs deux formes cliniques : les comportements antisociaux violents apparaissent dès l'enfance, diminuent avec l'âge puis connaissent une recrudescence transitoire au milieu de l'adolescence pour diminuer à l'entrée dans l'âge adulte et concernent davantage les garçons (Tremblay, 2000). Les comportements antisociaux non violents/transgressifs, quant à eux, débutent à l'adolescence, diminuent à l'entrée dans l'âge adulte et concernent tant les filles que les garçons (Moffitt, Caspi, Harrington, & Milne, 2002).

La prise en considération de la forme violente et non violente/transgressive des comportements antisociaux enrichit donc tant l'approche empirique que clinique des comportements antisociaux (Achenbach, 1966; Frick et al., 1993; Loeber & Schmaling, 1985; Tackett, et al., 2005; Tackett, et al., 2003) .

C'est pourquoi, dans cette étude, nous choisissons de nous inscrire dans une approche sémiologique des comportements antisociaux. Nous considérerons donc les comportements antisociaux comme un ensemble de comportements de violation des normes sociales et des droits d'autrui regroupant des comportements antisociaux violents (agression envers autrui, cruauté, destruction) et non violents (actes délictueux, fugue, vol).

Tableau 1. Liste des comportements antisociaux selon les critères DSM IV TR du trouble des conduites et la classification de Burt et al. (2011)

Comportements antisociaux	
Non violents	Violents
• Ecole buissonnière	• Menaces, brutalité
• Fugue	• Cruauté envers les personnes
• Rester tard dehors la nuit malgré les interdictions	• Cruauté envers les animaux
• Mentir pour échapper à ses obligations	• Commencer des bagarres
• Voler sans affronter la victime	• Utiliser un objet comme une arme
• Pénétrer par effraction dans une maison ou une voiture	• Voler en affrontant la victime
	• Contraindre quelqu'un à avoir des relations sexuelles
	• Destruction volontaire des biens d'autrui
	• Mettre volontairement le feu

II.2. Taux de prévalence à l'adolescence

Les données présentées ci-dessous proviennent d'enquêtes transversales menées en population générale, portant sur des échantillons représentatifs d'adolescents de 11-12 ans à 17-18 ans :

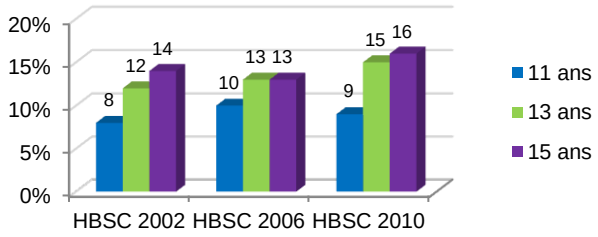
- Les enquêtes European School Survey on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) réalisées en 1993, 1999 et 2003 par l'INSERM et publiées par l'OFDT évaluant des comportements antisociaux violents et non violents,

- Les enquêtes internationales Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) réalisées en 2002, 2006 et 2010 et publiées par l'INPES , pour les données françaises, évaluant la proportion des bagarres et du bullying.

II.2.1. Comportements antisociaux violents

II.2.1.a) Bullying

Figure 11. Evolution de la prévalence du bullying chez les 11-15 ans entre 2002 et 2010.



Le bullying est une violence répétitive, physique et/ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs agresseurs, à l'encontre d'une victime (bullied) dans une relation de domination (Olweus, 1979). Il reste relativement stable depuis 2002.

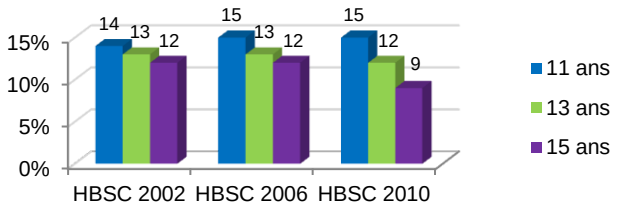
Cependant, sa prévalence évolue avec l'âge. Ainsi, entre 2002 et 2010, en France, environ 9% des adolescents de 11 ans ont été auteurs de bullying au moins deux fois au cours des deux derniers mois contre environ 13% des adolescents de 13 ans et environ 15% des adolescents de 15 ans.

En règle générale, les garçons sont 1,5 fois plus nombreux que les filles à s'engager dans ce type de comportement antisocial violent.

En 2010, quel que soit le sexe, la proportion des adolescents de 11-15 ans auteurs de bullying au moins deux fois au cours des deux derniers mois est plus élevée en France (13% en moyenne) qu'aux Etats-Unis (7%), en Angleterre (4%), au Canada (9%) ou en Espagne (7%) (HBSC, 2010).

II.2.1.b) Bagarres

Figure 12. Evolution de la prévalence des bagarres chez les 11-15 ans entre 2002 et 2010.



Depuis 2002, la proportion d'adolescents qui se sont bagarrés au moins trois fois sur les douze derniers mois tend à se stabiliser.

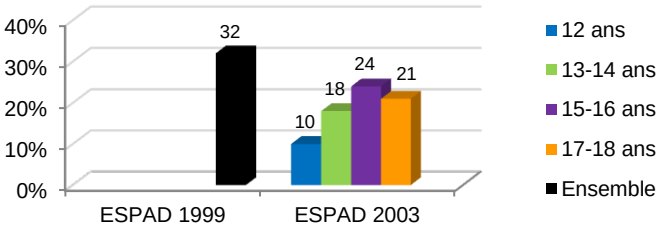
Cependant, ces comportements diminuent avec l'âge. Ainsi, quelle que soit l'année de l'enquête, environ 15% des adolescents de 11 ans se sont engagés dans ce type de comportement durant l'année contre environ 13% des adolescents de 13 ans et environ 11% des adolescents de 15 ans.

En règle générale, les garçons sont entre 3 et 4 fois plus nombreux que les filles à s'engager dans ce type de comportement antisocial violent, quel que soit leur âge.

En 2010, quel que soit le sexe, la proportion des adolescents de 11-15 ans engagés dans une bagarre au moins trois fois sur les douze derniers mois est plus élevée en France (12% en moyenne) qu'aux Etats-Unis (10,7%) ou en Angleterre (10,7%) (HBSC 2010).

II.2.1.c) Dégradation de biens

Figure 13. Evolution de la prévalence de la dégradation de biens chez les 12-18 ans entre 1999 et 2003.



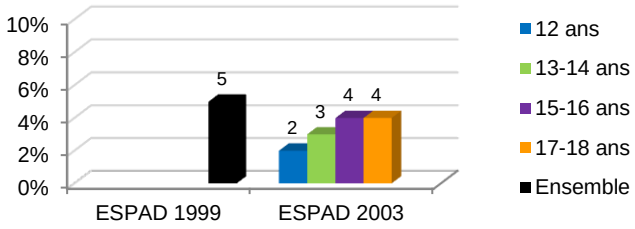
Entre 1999 et 2003, la prévalence des adolescents entre 12 et 18 ans ayant dégradé des biens au moins une fois au cours des douze derniers mois a diminué, passant de 32% en 1999 à 18% en 2003.

Ce type de comportement antisocial violent augmente entre 12 et 16 ans, concernant 10% des adolescents de 12 ans à 24% des 15-16 ans, puis diminue après 16 ans (21%).

En règle générale, les garçons sont entre 1,5 et 2 fois plus nombreux que les filles à s'engager dans ce type de comportement antisocial violent.

II.2.1.d) Utilisation d'un objet comme une arme

Figure 14. Evolution de la prévalence de l'utilisation d'un objet comme une arme chez les 12-18 ans entre 1999 et 2003.



De 1999 à 2003, l'utilisation d'un objet comme une arme a diminué, passant de 5% des adolescents de 12-18 ans en 1999 à 3% en 2003.

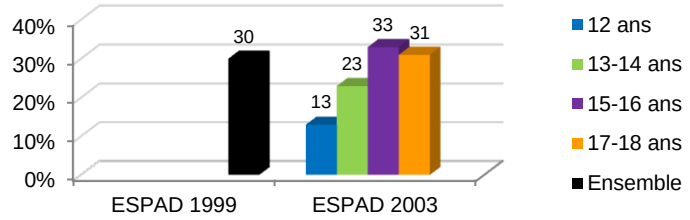
Ce type de comportement violent augmente sensiblement avec l'âge, concernant 2% des adolescents de 12 ans, puis 3% des 13-14 ans et 4% des adolescents de 15-16 ans et 17-18 ans.

En règle générale, ce type de comportement antisocial violent est quasi-exclusivement masculin.

II.2.2. Comportements antisociaux non violents

Les seules prévalences de comportements antisociaux non violents/transgressifs à l'adolescence recensées dans la littérature portent sur les vols d'objets.

Figure 15. Evolution de la prévalence des vols d'objet chez les 12-18 ans entre 1999 et 2003.



De 1999 à 2003, la proportion des vols d'objet chez les adolescents de 12 à 18 ans a diminué, passant de 30% en 1999 à 25% en 2003.

Cependant, ces comportements augmentent jusqu'à 15-16 ans, concernant 13% des adolescents de 12 ans et 33% des adolescents de 15-16 ans, puis diminuent ensuite, concernant 31% des 17-18 ans.

En règle générale, ce type de comportement antisocial non violent concerne quasiment autant les filles que les garçons.

En résumé

- Les comportements antisociaux tendent à se stabiliser voire à diminuer depuis 1999 et 2002.

- Les comportements antisociaux non violents (vols d'objet) concernent tant les filles que les garçons alors que les comportements antisociaux violents concernent plutôt les garçons.

- La plupart des comportements antisociaux augmentent entre 11 et 15 ans puis diminuent ensuite, sauf les bagarres qui diminuent progressivement entre 11 et 15 ans.

- En moyenne, selon les prévalences comparables, entre 3% et 18% des adolescents de 12-18 ans (selon la nature du comportement) déclarent au moins un comportement antisocial violent au cours des douze derniers mois et environ 25% au moins un comportement antisocial non violent (vol d'objet).

- En 2010, la proportion des adolescents auteurs de comportements antisociaux violents : bullying et bagarres, est plus élevée en France qu'aux Etats-Unis, en Angleterre ou en Espagne, et ce quelle que soit la tranche d'âge considérée (HSBC 2010).

III. Un enjeu de santé publique

III.1. Les risques sanitaires et sociaux

Des comportements antisociaux persistants peuvent mener à un trouble des conduites, des délits graves, une consommation sévère de substances psychoactives ou des troubles de la personnalité tel que le trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte (Moffit, 1993; Molero Samuelson, Hodgins, Larsson, Larm, & Tengstöm, 2010).

Une consommation de substance psychoactive, d'autant plus si elle est précoce, peut mener l'adolescent à développer un abus ou une dépendance à la substance (Larm, Hodgins, Larsson, Samuelson, & Tengstrom, 2008) mais est également responsable de nombreux dommages sanitaires et sociaux.

Pour exemple, le tabac limite l'apport d'oxygène au cerveau et aux muscles et peut être responsable de maux de tête, de vertiges et d'une diminution de la résistance à l'exercice. A long terme, il peut mener à un cancer des voies respiratoires (MILDT, 2012c). De plus, il existerait une séquence temporelle, le tabac constituant une voie d'entrée vers une consommation de cannabis (Agrawal & Lynskey, 2009; Guxens, Nebot, & Ariza, 2007; Willner, 2001).

Les risques d'une consommation régulière de cannabis sont multiples : difficultés de concentration, difficultés scolaires, isolement social, perte de motivation, apparition ou aggravation de troubles psychiques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles panique, bouffées délirantes et même schizophrénie (MILDT, 2012b).

La consommation nocive d'alcool constitue également une voie d'entrée vers une consommation de cannabis (Perez, Ariza, Sanchez-Martinez, & Nebot, 2010). Elle provoque des troubles du comportement, responsables notamment d'une multiplication des erreurs lors de l'exécution de tâches et d'un effet désinhibiteur pouvant induire d'autres prises de risques. L'alcool est ainsi fréquemment impliqué dans des accidents (de la route ou de la vie courante), dans des suicides, des comportements auto ou hétéro-agressifs (MILDT, 2012a).

III.2. Les conduites à risques associées

III.2.1. Définition

Dans sa dimension psychopathologique, les conduites à risques correspondent à un engagement délibéré et répété dans une ou des situations dangereuses, pour soi-même et pour autrui. Ce comportement est non imposé par les conditions de travail ou d'existence, mais recherché activement pour l'éprouvé de sensations fortes, de jeu avec le danger et souvent avec la mort (Adès & Lejoyeux, 2004; Michel, 2001). Les conduites à risques doivent avoir plus d'une conséquence possible dont au moins une indésirable et au moins une désirable. Leur caractère pathologique se distingue par la répétition du comportement qui potentialise le risque pris (Byrnes, Miller, & Schafer, 1999).

Les conduites à risques à l'adolescence sont très hétérogènes: la prise de risque en véhicule motorisé, les sports à risques, les scarifications et les jeux dangereux en sont des exemples (Michel, 2009; Michel, Purper-Ouakil, & Mouren-Simeoni, 2006). Elles sont la plupart du temps co-occurentes (Armstrong, Costello, Glantz, & Kendall, 2002; Gordon, Kinlock, & Battjes, 2004; Jessor, 1992) et sont responsables d'un taux important de morbidité et de mortalité chez les adolescents (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, 2009).

III.2.2. Exemples de conduites à risques associées

La prise de risque en véhicule motorisé fait partie des conduites à risques peu explorées à l'adolescence alors que la vitesse intervient dans 50 % des accidents mortels chez les jeunes contre 30 % chez les adultes. Dans la plupart de ces accidents, la consommation d'alcool ou de cannabis est impliquée (Michel, Purper-Ouakil, & Mouren-Siméoni, 2002).

Les sports à risques (surf, alpinisme, skateboard, voile, parachute, snowboard, escalade, motocross) (Levinson & Christensen, 1999) peuvent également être associés à une consommation de substances psychoactives. Ainsi, dans une étude menée auprès de lycéens, la consommation occasionnelle de cannabis est plus élevée et plus précoce chez les pratiquants de sport à risques (Michel, 2001).

La pratique de scarifications fait partie des conduites à risques auto-agressives. Sa prévalence varie de 7,5% à 14,5% chez des jeunes adolescents de 10-13 ans (Hilt, Nock, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2008; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004) et de 4% à 67% chez des adolescents de 14-18 ans (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; O'Connor, Rasmussen, Miles, & Hawton, 2009; Portzky, Audenaert, & Van Heeringen, 2005; Ross & Heath, 2002). Une étude française a permis d'identifier que 11,3% des filles et 6,6% des garçons âgés entre 11 et 15 ans se sont déjà scarifiés (Choquet, Pommereau, & Lagadic, 2001). Ces conduites auto-agressives peuvent être associées à un mésusage de cannabis (Laukkanen et al., 2009).

Les jeux dangereux, quant à eux, sont de trois types : les jeux de non-oxygénation, les jeux d'agression et les jeux de défis (Michel, 2009). Chez des jeunes âgés de 9 ans à 18 ans, la prévalence des jeux de non-oxygénation varie entre 7% et 11% selon les pays (Macnab, Deevska, Gagnon, Cannon, & Andrew, 2009; Michel, 2006; Ullrich & Goodkin, 2008).

Ces jeux sont connus sous plusieurs noms tels que le « jeu du foulard » ou le « rêve indien ». Ils consistent à freiner l'irrigation sanguine du cerveau par compression de la cage thoracique ou des carotides afin d'obtenir des sensations de type hallucinatoire (Michel, 2006).

Les jeux d'agression sont basés sur l'utilisation de la violence par un groupe d'enfants sur un enfant seul. Ils peuvent être consentis, avec une inversion des rôles entre agresseurs et victimes (« petit pont massacreur », « football trash »), ou subis, l'enfant désigné par le groupe étant le « bouc-émissaire » (« jeu de Beyrouth », « jeu de la claque »). Ce type de jeu concernerait près de 11% des enfants scolarisés de la 6ème à la 3ème. Les jeux de non-oxygénation et les jeux d'agression seraient associés à des tendances antisociales et une consommation de substances psychoactives (Michel, 2009; Michel, et al., 2006).

Les jeux de défis sont basés sur le principe du « t'es pas cap » au travers duquel les adolescents se lancent des défis avec, la plupart du temps, le souhait que leurs exploits soient filmés et diffusés. Certains de ces jeux de défis s'appuient sur l'utilisation de substances psychoactives (alcool, produits, solvants, etc.) pour rechercher un état d'ivresse, des états de conscience modifiée (binge drinking) (Michel, 2009). Ils concernent 12,4% des collégiens (Bernadet, Purper-Ouakil, & Michel, in press).

En résumé

◘ Les comportements antisociaux et les conduites de consommation exposent les adolescents à des risques sanitaires et sociaux et à l'adoption d'autres conduites à risques. Certaines d'entre elles semblent être associées à des conduites de consommation, d'autres à des tendances antisociales soulignant que les conduites à risques sont rarement isolées à l'adolescence.

IV. Le phénomène de co-occurrence

IV.1. Maturation psychobiologique inhérente à l'adolescence

De manière générale, les conduites à risques augmentent entre l'enfance et l'adolescence, les adolescents s'engageant également dans plus de prise de risques que les adultes (Steinberg, 2008).

Alors que certains experts de l'adolescence considèrent que les conduites à risques à l'adolescence résultent d'une mauvaise perception du risque encouru (Essau, 2004; Gullone & Moore, 2000), la littérature scientifique ne supporte pas cette idée. En effet, à l'adolescence, les capacités de perception des risques associés à une situation dangereuse et de raisonnement logique sont comparables à celle de l'âge adulte (Beyth-Marom, Austin, Fischhoff, Palmgren, & Jacobs-Quadrel, 1993; Millstein & Halpern-Felsher, 2002; Reyna & Farley, 2006).

En revanche, si les capacités de raisonnement logique paraissent être matures à l'âge de 15 ans, les compétences psychosociales qui modèrent la prise de décision, telles que le contrôle des impulsions, la régulation émotionnelle, la gestion de la frustration ou la résistance à l'influence des pairs, continuent à se développer jusqu'à l'âge adulte (Steinberg, 2004).

Deux réseaux neuronaux seraient mis en cause dans l'acquisition de ces compétences psychosociales : 1) un réseau socio-émotionnel sensible aux stimuli émotionnels et sociaux. Il est particulièrement important dans le processus de récompense responsable de l'émergence et du maintien des comportements et connaît des remaniements considérables lors des modifications hormonales inhérentes à la puberté ; 2) un réseau de contrôle cognitif dédié aux fonctions exécutives, telles que la planification, l'anticipation et l'autorégulation, qui se développe graduellement au cours de l'adolescence jusqu'à l'âge adulte (indépendamment de la puberté) (Steinberg, 2008).

Les conduites à risques à l'adolescence résulteraient de l'interaction entre ces deux réseaux cérébraux (Chambers, Taylor, & Potenza, 2003). Ainsi, lorsque le réseau socio-émotionnel est faiblement activé (par exemple, lorsque les individus ne sont pas émotionnellement ou socialement sollicités), le réseau de contrôle cognitif est suffisamment mature pour imposer

un contrôle sur les comportements impulsifs ou dangereux, même au début de l'adolescence où ce dernier n'est pas totalement mature. Dans des conditions de sollicitation émotionnelle ou sociale en revanche (pression des pairs par exemple), le réseau socio-émotionnel subit une trop forte activation pour que le réseau de contrôle cognitif (trop immature) puisse réguler le comportement de l'adolescent, qui aura alors tendance à s'engager dans la conduite dangereuse lui procurant une récompense émotionnelle ou sociale (admiration des pairs) (Mantzouranis & Zimmermann, 2010; Steinberg, 2004, 2008).

Ainsi, malgré qu'ils connaissent les effets potentiellement dommageables de certaines substances psychoactives, les adolescents considèrent souvent leur consommation comme bénéfique pour eux à de nombreux égards (bien-être, relations interpersonnelles, quête identitaire) (Hunt, Evans, & Kares, 2007; Moffat, Johnson, & Shoveller, 2009).

Les conduites à risques feraient donc partie du développement normal des adolescents. Elles trouvent une place dans leur économie psychique et auraient un caractère adaptatif en terme de socialisation, notamment avec les pairs (Dworkin, 2005; Engels & Bogt, 2001). Ces comportements participent, lorsqu'ils sont transitoires, à la construction identitaire des adolescents (Michel, et al., 2006). Pourtant, il semble que le lien étroit entre comportements antisociaux et conduites de consommation à cette période de la vie réponde à une relation réciproque responsable de l'augmentation de la sévérité de chacun de ces comportements.

IV.2. Influence bi-directionnelle

Les comportements antisociaux connaissent un pic de prévalence à l'adolescence puis déclinent à l'entrée dans l'âge adulte (Hirschi & Gottfredson, 1983; Moffitt, 1993; Tremblay et al., 2004). Cependant, les comportements antisociaux violents et non violents suivent deux processus de maturation distincts. Ainsi, les comportements antisociaux violents seraient présents dans l'enfance et déclineraient ensuite au cours de l'adolescence et les comportements antisociaux non violents émergeraient à l'adolescence pour décliner à l'âge adulte (Burt, 2012).

La consommation de substances psychoactives, quant à elle, débute et s'installe à l'adolescence (Barnes, Welte, Hoffman, & Dintcheff, 2005; Michel, et al., 2006), période

cruciale de la rencontre avec les substances psychoactives. Le début de l'adolescence (entre 12 ans et 16 ans) est la période la plus à risques de transition entre un usage de substances psychoactives et un abus (Schulenberg, O'Malley, Bachman, Wadsworth, & Johnston, 1996; Schulenberg et al., 2005). Les adolescents entre 14 et 16 ans ont deux fois plus de risques que les jeunes adultes de 22-26 ans de développer un trouble lié à l'usage d'alcool et les adolescents de 15-16 ans ont sept fois plus de risques que les jeunes adultes de 22-26 ans de développer un trouble lié à l'usage de cannabis (Winters & Lee, 2008).

Pour de nombreux auteurs, les comportements antisociaux représentent un facteur de risques majeur de consommation de substances psychoactives et d'évolution vers un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive à la fin de l'adolescence, début de l'âge adulte (Adalbjarnardottir & Rafnsson, 2002; Armstrong, et al., 2002; Doherty, Green, & Ensminger, 2008; Hayatbakhsh et al., 2008; Henry, Thornberry, & Huizinga, 2009; Moss & Lynch, 2001; Van Den Bree & Pickworth, 2005; Wanner, Vitaro, Carbonneau, & Tremblay, 2009).

Ainsi, des études longitudinales menées auprès de collégiens montrent que les comportements antisociaux prédisent une consommation de cannabis ou une consommation d'alcool (Henry, Thornberry, & Huizinga, 2009; Moss & Lynch, 2001; Van Den Bree & Pickworth, 2005).

De façon générale, la précocité ainsi que la sévérité des comportements antisociaux jouent un rôle déterminant dans l'initiation, le maintien et la sévérité des conduites de consommation (Best, Manning, Gossop, Gross, & Strang, 2006; Fergusson, Horwood, & Swain-Campbell, 2002; Huang, White, Kosterman, Catalano, & Hawkins, 2001; Pedersen, Mastekaasa, & Wichstrom, 2001; Swaim, Deffenbacher, & Wayman, 2004; Verdurmen, Monshouwer, Van Dorsselaer, Ter Bogt, & Vollebergh, 2005).

Le modèle systémique proposé par Goldstein (1985) donne une explication à cette relation entre comportements antisociaux et consommation de substances psychoactives (Goldstein, 1985). Ainsi, les comportements antisociaux émergeraient dans un contexte d'affiliation à des pairs « déviants » qui augmente la probabilité de consommer des substances psychoactives (D'Amico, Edelen, Miles, & Morral, 2008; Van Den Bree & Pickworth, 2005).

D'autre part, de nombreuses autres recherches défendent l'idée selon laquelle la consommation de substances psychoactives augmente l'engagement dans des comportements

antisociaux ainsi que leur sévérité (Brook, Whiteman, Finch, & Cohen, 1996; French & Dishion, 2003; Garcia, Lopez, Da Costa, & Lobo, 2008; Jessor, 1992; Loeber & Farrington, 2000; Mc Gue, Iacono, & Krueger, 2006; Moffit & Caspi, 2001; Shepherd, Sutherland, & Newcombe, 2006).

Ainsi, par exemple, une consommation de cannabis prédirait des comportements antisociaux (Ford, 2005) et une consommation d'alcool à 16 ans prédirait l'adoption de comportements antisociaux violents à 18 ans (Huang, et al., 2001).

Le modèle pharmacologique proposé par Goldstein (1985) propose ici une explication selon laquelle les effets pharmacologiques des substances psychoactives seraient responsables de comportements violents (Goldstein, 1985). Ils produiraient des distorsions cognitives et affecteraient la perception et l'interprétation des comportements d'autrui ainsi que la capacité à s'exprimer verbalement, effets délétères menant alors à des interactions sociales ambigües évoluant vers des comportements antisociaux violents (Parker & Auerhahn, 1998; Taylor & Chermack, 1993).

Finalement, il existerait plutôt une influence bidirectionnelle entre comportements antisociaux et conduites de consommation à l'adolescence (Cohen-Salmon et al., 2005; D'Amico, et al., 2008; Doherty, et al., 2008; Mason & Windle, 2002).

L'apparition de l'un de ces comportements serait susceptible de précipiter l'engagement dans l'autre. Selon le modèle psychosocial des « comportements-problèmes », cela s'expliquerait par une tendance à la « déviance » qui relie ces comportements entre eux, sans que ce lien ne soit nécessairement une causalité directe.

IV.3. Syndrome général de déviance

Selon la théorie psychosociale des « comportements-problèmes », les comportements antisociaux et les conduites de consommation seraient les manifestations d'un « syndrome général de déviance » (Jessor & Jessor, 1977) reflétant une tendance à la non conventionalité (Donovan & Jessor, 1985; Osgood & et al., 1988). Ce syndrome placerait l'individu en rupture avec la société, ses comportements n'étant pas conformes aux normes définies par la culture dominante (Harrison & Gfroerer, 1992; McGee & Newcomb, 1992).

Ainsi, une revue de la littérature de Le Blanc & Bouthillier (2003) recense 21 études utilisant des techniques d'analyses factorielles ou des modèles en équation structurale sur des items relevant d'un large spectre de comportements « déviants » à l'adolescence. Toutes ces études incluent des items relatifs aux comportements antisociaux et 18 d'entre elles y incluent également une évaluation de la consommation de substances psychoactives.

Dans chaque étude, un construit latent unique a été identifié comme représentatif d'un syndrome général de comportements déviants (Donovan & Jessor, 1985; Donovan, Jessor, & Costa, 1988; Farrell, Danish, & Howard, 1992; McGee & Newcomb, 1992; White, 1992). Tous ces résultats sont indépendants de l'informateur, des types de comportements considérés, des méthodes statistiques, de la nature de l'échantillon et du lieu de l'étude (Le Blanc & Bouthillier, 2003).

La théorie du « syndrome général de déviance » suggère également que les comportements antisociaux et les conduites de consommation sont co-occurrents à l'adolescence car ils partagent un même ensemble de facteurs de vulnérabilité individuelle (faibles capacités d'auto-contrôle, croyances et attitudes positives vis-à-vis de la délinquance) et environnementale (pratiques éducatives parentales dysfonctionnelles, conflits familiaux, affiliation à des pairs déviants) (Ary et al., 1999; Benda & Corwyn, 2000; Gottfredson & Hirschi, 1990; Racz, McMahon, & Luthar, 2011; Weden & Zabin, 2005).

En résumé

◘ Les comportements antisociaux et les conduites de consommation sont sous-tendus par un processus de maturation psychophysiologique inhérent à l'adolescence et font partie du développement normal d'un adolescent (Dworkin, 2005; Mantzouranis & Zimmermann, 2010).

◘ Néanmoins, il semble que leur co-occurrence représente, en elle-même, un facteur de risques de chronicisation et d'augmentation réciproque de la sévérité de chacun de ces comportements, à l'instar de la « théorie de l'escalade » (gateway theory) (Kandel, Yamaguchi, & Chen, 1992; Kokkevi, Richardson, Florescu, Kuzman, & Stergar, 2007).

◘ La théorie psychosociale des « comportements-problème » confirme la co-occurrence de ces comportements à l'adolescence. Les comportements antisociaux et les conduites de consommation seraient les manifestations d'un syndrome plus large de « déviance » et sont reliés entre eux par des facteurs de vulnérabilité communs.

◘ Ce modèle représente alors une voie de recherche intéressante à appliquer à une étude psychopathologique de la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation à l'adolescence.

Le second chapitre de ce travail s'attachera donc à identifier dans la littérature les facteurs de vulnérabilité psychopathologiques et psychologiques impliqués dans les comportements antisociaux et les conduites de consommation à l'adolescence, afin de repérer ceux d'entre eux qui pourraient être communs à ces deux comportements.

Chapitre 2. Facteurs de vulnérabilité

Les termes de « facteurs de risque » et de « facteurs de vulnérabilité » sont souvent associés et utilisés de façon interchangeable. Pourtant, la notion de risque renvoie en général à un ensemble de facteurs associés à une probabilité accrue d'occurrence d'un trouble. La notion de vulnérabilité est davantage axée sur l'idée de prédisposition et de fragilité liées à la personne et à son histoire, fragilité servant de mécanisme dans le développement du trouble (Price & Lento, 2001). Ces facteurs de vulnérabilité sont conceptualisés comme relativement stables et persistants et pouvant être d'origine génétique (acquis) ou environnementale (appris) (Bosma, 2006).

Ils sont à considérer dans une perspective dynamique dans la mesure où ils s'inscrivent dans un système de transaction réciproque les uns par rapport aux autres. En effet, pris isolément, ces facteurs ne sont pas strictement pathogènes (Michel, et al., 2006).

Il existe une multitude de facteurs de vulnérabilité à la consommation de substances psychoactives et aux comportements antisociaux: des facteurs génétiques (Baker, Raine, Liu, & Jacobson, 2008; Burt & Mikolajewski, 2008; Li-Shiun et al., 2009), psychiatriques (Armstrong, et al., 2002; King, Iacono, & McGue, 2004; Teplin et al., 2005), tempéramentaux, de personnalité (Burt & Donnellan, 2008; Castellanos-Ryan & Conrod, 2011; Gardner, Dishion, & Connell, 2008; Trentacosta & Shaw, 2009) et environnementaux (Claes et al., 2005; Ellis & Wolfe, 2009; Nash, McQueen, & Bray, 2005).

Ce travail se centrera sur les facteurs de vulnérabilité psychopathologiques et psychologiques impliqués dans la consommation de substances psychoactives et les comportements antisociaux.

I. Troubles psychopathologiques et symptomatologies associées

La littérature scientifique repère deux trajectoires comportementales chez un individu : une trajectoire de comportements externalisés et une trajectoire de comportements internalisés. Les comportements externalisés traduisent une propension à exprimer sa détresse de manière extériorisée (impulsivité, agressivité, opposition,…) et les comportements internalisés traduisent une propension à exprimer sa détresse de manière intériorisée (anxiété, dépression, peur,…) (Achenbach, 1966; Krueger, 1999b).

I.1. Troubles et symptômes externalisés

I.1.1. Définition

Les comportements externalisés comprennent un ensemble de symptômes liés au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), au trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et au trouble des conduites (TC) (Achenbach, 1966; American Psychiatric Association, 2000).

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité désigne un syndrome associant hyperactivité motrice (agitation), inattention (difficulté de concentration, distractibilité, faibles compétences organisationnelles et nombreux oublis) et impulsivité (difficulté à attendre son tour, comportements perturbateurs). Selon le DSM IV-TR, ces symptômes doivent être observables dans plusieurs contextes (à la maison et à l'école) et être associés à des troubles de l'adaptation et du fonctionnement social (American Psychiatric Association, 2000). Le TDAH concerne entre 3% et 5% des enfants d'âge scolaire (American Psychiatric Association, 2000; Lee, Humphreys, Flory, Liu, & Glass, 2011) et 50% à 75% des enfants présentant un TDAH continuent de présenter ces symptômes à l'adolescence et à l'âge adulte (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990; Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2002).

Le TOP, quant à lui, se caractérise par des attitudes négatives et des comportements persistants d'hostilité, de défiance et de désobéissance et représente également l'un des diagnostics les plus communs dans l'enfance (American Psychiatric Association, 2000).

Sa prévalence chez l'enfant se situe en moyenne autour de 3% à 4 % (4% à 5 % chez les garçons et 2% à 3% chez les filles). À l'adolescence, la prévalence varie de 1% à 3 % (2% à 4 % chez les garçons et 1% à 2% chez les filles) (Cohen Salmon et al., 2005).

La prévalence du TC, défini précédemment, est bien mieux renseignée que celle des comportements antisociaux. Il concerne plutôt les adolescents (de 3% à 9 % en moyenne: entre 5% et 9% chez les garçons et entre 2% et 5% chez les filles) que les enfants (2 % en moyenne : entre 1% et 2% chez les garçons et entre 0% et 3% chez les filles). En effet, sa prévalence augmente jusqu'à l'âge de 15 ans puis reste stable pour les garçons et diminue pour les filles par la suite. Chez l'enfant, la forme violente du trouble des conduites est inférieure à 1% et la forme non violente représente 1% à 2 % des enfants. À l'adolescence, la prévalence de la forme violente varie entre 1% et 2 %. Les filles manifestant un trouble des conduites de forme violente sont très rares alors que la prévalence chez les garçons se situe autour de 4 %. La forme non violente de ce trouble est comprise entre 4% et 6 %, sans différence de genre (Cohen Salmon, et al., 2005).

I.1.2. Etudes

Une étude menée auprès d'adolescents en traitement pour un trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive observe que 25% d'entre eux présentent un TDAH comorbide, 49% un TOP et 57% un TC.

I.1.2.a) Consommation de substances psychoactives

Aux Etats-Unis et en France, il existe un corpus considérable de recherches transversales et longitudinales, menées en population générale, en psychiatrie ou en addictologie, suggérant qu'à l'adolescence, un antécédent de TDAH, un TDAH actuel ou des symptômes d'un TDAH sont associés à des niveaux élevés de consommation ou à un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive (Biederman et al., 2006; Blase et al., 2009; Disney, Elkins, McGue, & Lacono, 1999; Galéra, Bouvard, Messiah, & Fombonne, 2008; Galéra, Fombonne, Chastang, & Bouvard, 2005; Gordon, Tulak, & Troncale, 2004; Marshal, Molina, & Pelham, 2003; Norwalk, Norvilitis, & MacLean, 2008; Walther et al., 2012; Whitmore et al., 1997; Wilens, 2004).

Bradley et al. (2002) montrent que le TDAH dans l'enfance peut mener à un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive s'il persiste à l'adolescence et à l'âge adulte (Bradley, Molina, & Pelham, 2002). En effet, entre 30% et 50% des adolescents abuseurs ou dépendants à une substance psychoactive présentent un TDAH (Horner & Scheibe, 1997; Riggs & Jellinek, 1998). Certaines études observent l'implication préférentielle de la forme hyperactive/impulsive du TDAH (Barkley, et al., 1990) ; d'autres, soulignent plutôt l'implication de la forme mixte du TDAH (Lahey et al., 2004). Finalement, tous les sous-types du TDAH montreraient une association avec la consommation de substances psychoactives à l'adolescence (Lee, et al., 2011; Murphy, Barkley, & Bush, 2002).

D'autres recherches sont cependant moins consensuelles. En effet, certaines études ne retrouvent pas de différence de prévalence des consommateurs entre des adolescents présentant un TDAH et des adolescents ne présentant pas ce trouble (De Sanctis et al., 2008; Rabiner, Anastopoulos, Costello, Hoyle, & Swartzwelder, 2008). Une autre encore trouve des résultats inverses, les adolescents présentant un TDAH étant moins nombreux à consommer de l'alcool ou du cannabis comparés à ceux ne présentant pas ce trouble (Janusis & Weyandt, 2010).

Certains auteurs proposent alors l'idée selon laquelle les résultats des précédentes études seraient un artefact dû à la présence d'un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) ou d'un trouble des conduites (TC) comorbide qui font office de facteur de confusion (Lee, et al., 2011; Malone, Van Eck, Flory, & Lamis, 2010; Molina & Pelham, 2003; Van Lier, Van der Ende, Koot, & Verhulst, 2007).

Ainsi, Barkley et al. (1990), montrent que les adolescents présentant un TDAH hyperactif/impulsif comorbide à un TC ont entre deux et cinq fois plus de risques que les adolescents présentant un TDAH hyperactif/impulsif seul ou ne présentant pas de TDAH de consommer une substance psychoactive (Barkley, et al., 1990).

De la même manière, une étude américaine de Elkins et al. (2007) a interrogé des adolescents à 11 ans, 14 ans et 18 ans quant à la présence de symptômes du TDAH, de symptômes du TC et d'une consommation de substances psychoactives. Les résultats de cette étude indiquent que la consommation de tabac ou de cannabis à 14 ans est mieux prédite par des symptômes du TC et des symptômes d'hyperactivité à 11 ans que des symptômes d'inattention.

La dépendance à la nicotine et l'abus/dépendance au cannabis à 18 ans sont également mieux prédits par des symptômes du TC et des symptômes d'hyperactivité entre 11 ans et 14 ans que par des symptômes d'inattention. La consommation d'alcool à 14 ans serait quant à elle prédite tant par des symptômes d'inattention, d'hyperactivité que des symptômes du TC à 11 ans (Elkins, Mc Gue, & Iacono, 2007).

Finalement, la comorbidité entre un TDAH, un TOP et un TC serait plus prédictive d'une consommation de substances psychoactives qu'un TDAH seul (Biederman et al., 2008). En effet, une étude de August et al. (2006) montre que, comparés à des adolescents ayant présenté ou présentant un TDAH et des adolescents d'une population contrôle, ceux présentant un TDAH comorbide à un TOP/TC sont plus nombreux à consommer du tabac et à présenter un abus/dépendance à l'alcool ou au cannabis comparés aux adolescents présentant un TDAH seul et aux adolescents de la population contrôle (August et al., 2006).

De manière générale, en population psychiatrique et en population générale, des symptômes d'hyperactivité, d'impulsivité, d'inattention, d'opposition ou d'agressivité physique maintenus élevés depuis l'enfance prédisent une consommation précoce régulière et sévère d'alcool et de cannabis et une évolution vers un abus/dépendance à la substance (Jester et al., 2008; King, Iacono, & Mc Gue, 2004; Reboussin, Hubbard, & Ialongo, 2007; Rogosch, Oshri, & Cicchetti, 2010; Timmermans, van Lier, & Koot, 2008).

I.1.2.b) Comportements antisociaux

Le regroupement de troubles externalisés que sont le TDAH, le TOP et le TC pourrait représenter un continuum latent caractérisé par une continuité hétérotypique plutôt que par des étiologies différentes (Loeber, Green, Lahey, Frick, & McBurnett, 2000; Patterson, Degarmo, & Knutson, 2000). C'est ce que Biederman a appelé le modèle du « stepping-stone » (Biederman et al., 1996). En effet, environ 30% des adolescents présentant un TDAH présentent également un TOP ou un TC (Jensen et al., 2001), surtout si la symptomatologie dominante est hyperactive/impulsive (Young et al., 2009).

De nombreuses études anglosaxones transversales et longitudinales, en population psychiatrique et générale, montrent qu'un antécédent de TDAH, un TDAH actuel ou des symptômes du TDAH sont très souvent associés à des comportements antisociaux ou à un TC

à l'adolescence (Biederman, et al., 2008; Broidy et al., 2003; Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1997; Klein & Mannuzza, 1991; Molina et al., 2007; Satterfield & Schell, 1997; Thapar, Van Den Bree, Fowler, Langley, & Whittinger, 2006). Certaines précisent que la forme mixte du TDAH serait la plus associée à des comportements antisociaux comparée à la forme inattentive (Faraone, Biederman, Weber, & Russell, 1998), d'autres suggèrent qu'un TDAH envahissant (milieu familial et milieu scolaire) est plus prédictif d'un TC qu'un TDAH situationnel (milieu familial seulement) (Mannuzza, Klein, & Moulton, 2002; Mc Ardle, O'Brien, & Kolvin, 1995).

Pourtant, cette association est moindre que lorsque l'on considère la présence d'un TOP. Ainsi, selon des études américaines et anglaises, la progression développementale d'un TDAH ou des symptômes d'un TDAH vers un TC ou des comportements antisociaux serait dépendante de la comorbidité entre un TDAH et un TOP (Costello, et al., 2003; Lahey et al., 1999; Lee & Hinshaw, 2004; Loeber, et al., 2000; Richard, Barbara, Andrew, Jane, & Adrian, 2002). En effet, le modèle du « stepping-stone » suggère une progression développementale qui mènerait d'un TDAH à un TC par le biais d'une comorbidité avec un TOP (Biederman, 2005; Biederman, et al., 2008; Flory & Lynam, 2003).

Selon Nagin & Tremblay (Nagin & Tremblay, 1999), les études défendant l'implication de l'hyperactivité dans les comportements antisociaux ont souvent omis de contrôler l'implication de la symptomatologie oppositionnelle et d'agression physique (Campbell, Pierce, Moore, Marakovitz, & Newby, 1996; Taylor, Chadwick, Heptinstall, & Danckaerts, 1996). Ainsi, dans leur étude canadienne, les adolescents présentant des comportements hyperactifs de l'enfance au collège sont moins à risques de développer des comportements antisociaux que ceux qui maintiennent également des niveaux élevés d'opposition ou d'agression physique (Bor, Mc Gee, & Fagan, 2004; Simonoff et al., 2004). Ils confirment également l'existence d'une trajectoire spécifique à chaque forme clinique des comportements antisociaux (Loeber et al., 1993). Ainsi, une trajectoire chronique sévère de comportements d'opposition associée à des comportements d'hyperactivité et d'agression physique mène à des comportements antisociaux non violents alors qu'une trajectoire chronique sévère d'agression physique associée à des comportements hyperactifs et oppositionnels mène à des comportements antisociaux violents à l'adolescence (Bolognini et al., 2007; Broidy, et al., 2003; Costello, et al., 2003).

Les deux trajectoires comportementales (externalisée et internalisée) identifiées par la littérature ne sont pour autant pas complètement indépendantes l'une de l'autre. S'il est clairement identifié que la consommation de substances psychoactives et les comportements antisociaux s'inscrivent dans une trajectoire comportementale externalisée, ces deux modalités d'expression comportementale co-varient au cours du temps et se différencient surtout quant au sex-ratio, les filles étant plus susceptibles de s'inscrire dans une trajectoire comportementale internalisée et donc moins vulnérables à des comportements antisociaux et une consommation de substances psychoactives, selon une étude néerlandaise (Diamantopoulou, Verhulst, & van der Ende, 2011).

I.2. Troubles et symptômes internalisés

I.2.1. Définition

Les comportements internalisés comprennent un ensemble de symptômes liés aux troubles de l'humeur (dépression, manie) et anxieux (Achenbach, 1966; American Psychiatric Association, 2000).

Chez les enfants d'âge scolaire, l'anxiété de séparation, les troubles anxieux généralisés et les phobies spécifiques sont responsables d'une morbidité importante. Ces troubles diminuent ensuite à l'adolescence, mais d'autres troubles anxieux tels que les attaques de panique, la phobie sociale ou l'agoraphobie (plus typiques de l'âge adulte) peuvent apparaître. De manière générale, les troubles anxieux concerneraient environ 5 % des enfants et adolescents de 5 ans à 18 ans (Bailly et al., 2003).

Les troubles dépressifs sont rares chez l'enfant de moins de 12 ans et concernent environ 0,5 % d'entre eux. En revanche, cette prévalence augmente à l'adolescence concernant en moyenne 3 % des adolescents de 12 à 18 ans. Le trouble dysthymique concernerait 1% des adolescents mais de manière générale, la prévalence des formes spécifiques de troubles dépressifs reste mal connue. En effet, la dysthymie étant souvent associée à un épisode dépressif majeur, il semble difficile d'estimer sa prévalence en tant que telle (Bailly, et al., 2003).

I.2.2. Etudes

I.2.2.a) Consommation de substances psychoactives

Aux Etats-Unis et en Australie, les troubles dépressifs concernent entre 11% et 48% des adolescents présentant un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive et les troubles anxieux concernent entre 7% et 40% d'entre eux selon les études (Armstrong, et al., 2002; Kandel et al., 1999; Lansford et al., 2008; Lubman, Allen, Rogers, Cementon, & Bonomo, 2007; Walkup et al., 2008; Wolitzky-Taylor, Bobova, Zinbarg, Mineka, & Craske, 2012).

Ainsi, certaines recherches, menées en Finlande et aux Etats-Unis, ont identifié les troubles et symptômes dépressifs comme prédicteurs d'une consommation de substances psychoactives (Kumpulainen, 2000; Repetto, Zimmerman, & Caldwell, 2004) et d'un abus/dépendance à une substance psychoactive à l'adolescence (Fleming, Mason, Mazza, Abbott, & Catalano, 2008; King, Iacono, & McGue, 2004; Kmett Danielson, Overholser, & Butt, 2003; McCarty, Rhew, Murowchick, McCauley, & Vander Stoep, 2012; Windle & Windle, 2001), d'autres ont observé l'inverse sans trouver de réel consensus à ce sujet (Cosgrove et al., 2011; Drabick, Ollendick, & Bubier, 2010; Loeber & Burke, 2011).

Une étude américaine de Roberts et al. (Roberts, Roberts, Xing, Anthony, & Costello, 2007) précise que les adolescents présentant un trouble internalisé ont 6,3 fois plus de risques de développer un abus à une substance psychoactive et 5,1 fois plus de risques de développer une dépendance comparés à des adolescents ne présentant pas de trouble internalisé. Les troubles dépressifs et anxieux augmenteraient donc la sévérité de la consommation de substances psychoactives (Lubman, et al., 2007).

En population générale, aux Etats-Unis, Kelder et al. (2001) ont interrogé des collégiens et ont observé que la sévérité de la consommation de substances psychoactives augmente avec l'accroissement de la sévérité de la symptomatologie dépressive (Kelder et al., 2001).

Il semble donc difficile d'établir si les troubles et symptômes dépressifs sont antérieurs ou secondaires à la consommation de substances psychoactives mais certaines études américaines suggèrent une relation de co-variation entre symptômes dépressifs et

consommation de substances psychoactives, quelle que soit la substance considérée (Fleming, et al., 2008; Libby, Orton, Stover, & Riggs, 2005).

Au sein des troubles anxieux, la phobie sociale ou une anxiété sociale et un épisode de stress post-traumatique seraient impliqués dans l'apparition précoce d'une consommation et l'évolution précoce de cette consommation vers un abus/dépendance à une substance psychoactive (Brown, Read, & Kahler, 2003; Marmorstein, Raskin White, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2010; Morris, Stewart, & Ham, 2005; Wolitzky-Taylor, et al., 2012).

Pourtant, une étude canadienne récente menée auprès d'adolescents de 14 ans suivis pendant deux ans précise que l'anxiété a un effet protecteur quant à la consommation de cannabis, dans la mesure où les adolescents consommant ou ayant déjà consommé du cannabis à 14 ans et qui présentent une symptomatologie anxieuse élevée ont pratiquement trois fois moins de risques que les adolescents présentant peu ou pas de symptômes d'anxiété, de maintenir cette consommation deux ans plus tard (Fallu, Charron, Brière, & Janosz, 2011). Les auteurs de cette étude proposent que chez des adolescents anxieux, les effets pharmacologiques du cannabis (Gurley, Aranow, & Katz, 1998) seraient plutôt désagréables, augmentant alors les ruminations, les obsessions, les peurs et les angoisses. Les symptômes anxieux seraient davantage associés à une consommation d'alcool (Low, Lee, Johnson, Williams, & Harris, 2008).

I.2.2.b) Comportements antisociaux

Des études américaines, belges et néerlandaises observent des troubles ou symptômes dépressifs chez les adolescents adoptant des comportements antisociaux (Angold, Costello, & Erkanli, 1999; Capaldi & Stoolmiller, 1999; Diamantopoulou, et al., 2011; Latzman & Swisher, 2005; Vermeiren, Deboutte, Ruchkin, & Schwab-Stone, 2002) mais cela serait surtout le cas des filles (Diamantopoulou, et al., 2011; Ritakallio et al., 2008). Des études américaines, anglaises et finlandaises précisent que ces symptômes dépressifs expliqueraient surtout la sévérité et la variété des comportements antisociaux adoptés (Beyers & Loeber, 2003; Ritakallio, Kaltiala-Heino, Kivivuori, Luukkaala, & Rimpela, 2006; Simic & Fombonne, 2001).

De manière générale, les études américaines s'accordent à proposer l'idée d'une influence bidirectionnelle entre symptômes dépressifs et comportements antisociaux qui co-varient au cours du temps (Beyers & Loeber, 2003; Ge, Best K, Conger R, & Simons R, 1996; Kofler et al., 2011; Lahey, Loeber, Burke, Rathouz, & Mcburnett, 2002; Quiggle, Garber, Panak, & Dodge, 1992; Rohde, Lewinsohn P, & Seeley J, 1991).

De la même manière, les troubles anxieux associés à un trouble des conduites augmentent la sévérité du trouble (Hodgins, Barbareschi, & Larsson, 2011). Néanmoins, l'épisode de stress post-traumatique et la phobie sociale sont les troubles anxieux les plus associés aux comportements antisociaux (Sareen, Stein, Cox, & Hassard, 2004). En effet, les symptômes d'anxiété sociale augmenteraient la sévérité des comportements antisociaux (Tillfors, El-Khouri, Stein, & Trost, 2009). Une étude précise que les symptômes anxieux sont associés à une plus grande sévérité des comportements antisociaux de forme violente (Marsee, Weems, & Taylor, 2008).

I.3. Comorbidité entre troubles ou symptômes externalisés et internalisés

La majorité des études portant sur les facteurs psychopathologiques associés aux comportements antisociaux et aux conduites de consommation ont surtout porté sur les troubles et symptômes externalisés.

Pourtant de nombreuses études italiennes et américaines confirment que la comorbidité entre troubles ou symptômes externalisés et troubles ou symptômes internalisés semble être, chez les adolescents consommateurs, une règle plutôt qu'une exception (Bizzarri et al., 2007; Chan, Dennis, & Funk, 2008; Englund & Siebenbruner, 2012; Hofmann, Richey, Kashdan, & Mcknight, 2009; Hovens, Cantwell, & Kiriakos, 1994; King, Iacono, & Mc Gue, 2004; Lansford, et al., 2008; Mason, Hitchings, & Spoth, 2007; Nebbitt & Lombe, 2008).

Ainsi, quelques rares recherches proposent que l'intervention d'un trouble dépressif dans la progression développementale d'un TDAH vers un TC, surtout chez les filles, précipiterait vers un abus ou une dépendance au produit (Biederman, et al., 2008; Chan, et al., 2008; Hovens, et al., 1994). En effet, la présence d'une dépression chez des adolescents présentant un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive serait associée à une consommation précoce (Rao et al., 1999).

En résumé

◘ Les adolescents présentant ou ayant présenté une comorbidité TDAH/TOP dans l'enfance sont à risques de s'engager dans des comportements antisociaux et d'évoluer vers un TC et/ou une consommation voire un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive. Les adolescents présentant une comorbidité de symptômes externalisés (hyperactivité/impulsivité, opposition, agressivité physique) seraient également vulnérables à l'adoption de comportements antisociaux, à une consommation de substances psychoactives et à l'évolution de cette consommation vers un abus ou une dépendance.

◘ Les troubles et symptômes dépressifs augmenteraient le risque d'une plus grande sévérité de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux. Cependant l'implication des symptômes et troubles anxieux reste obscure et dépend de la substance considérée, de la forme clinique des comportements antisociaux et du type de troubles anxieux (Marmorstein, 2012; Morissette, Tull, Gulliver, Kamholz, & Zimering, 2007).

◘ De manière générale, les troubles ou symptômes externalisés seraient un facteur de risques de premier plan vis-à-vis de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux contrairement aux troubles ou symptômes internalisés.

◘ En effet, les troubles ou symptômes internalisés auraient surtout un effet soit précipitant, soit modérateur (positif ou négatif) sur la chronicisation et la sévérité de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux chez les enfants engagés dans une trajectoire comportementale externalisée.

Pourtant, si les troubles et symptômes externalisés et internalisés représentent un facteur de vulnérabilité vis-à-vis d'une consommation de substances psychoactives et de l'adoption de comportements antisociaux, tous les adolescents présentant ces patterns psychopathologiques ne vont pas nécessairement devenir toxicomanes et/ou délinquants. C'est pourquoi, cette revue de la littérature s'est également attachée à identifier des facteurs psychologiques, tels que la personnalité, le stress perçu et les stratégies de coping associés aux comportements antisociaux et aux conduites de consommation afin d'appréhender la complexité du fonctionnement comportemental, affectif et cognitif de ces adolescents. Le modèle biopsychosocial de la personnalité de Cloninger (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993) reste aujourd'hui l'un des plus heuristiques pour appréhender la complexité du fonctionnement psychologique d'un individu.

II. Personnalité

II.1. Modèle biopsychosocial de la personnalité de Cloninger

II.1.1. Définition

La personnalité correspond à une structure psychologique sous-jacente à une disposition comportementale relativement durable, une tendance à répondre d'une certaine manière dans certaines circonstances (Tellegen, 1988). Elle correspond à une organisation dynamique de caractéristiques affectives, émotionnelles, cognitives et comportementales façonnant la manière d'être d'un individu et son adaptation spécifique à son milieu (Nuttin 1968).

Dans cette perspective épigénétique, Cloninger (Cloninger, et al., 1993) conçoit la personnalité comme étant le produit de l'interaction entre le potentiel génétique et l'environnement et propose alors un modèle biopsychosocial de la personnalité qui se décline en deux construits : le tempérament et le caractère.

Dans cette perspective, le tempérament est déterminé génétiquement et repose sur l'activité de systèmes neuronaux et comportementaux spécifiques. Il est une tendance naturelle d'un individu à activer, à inhiber ou à maintenir un comportement. Les traits tempéramentaux se manifestent tôt dans la vie. Ils sont modérément héritables et stables tout au long de la vie, peu importe la culture ou l'apprentissage. Le concept de tempérament s'intègre dans une

approche psycho-comportementale fonctionnelle, qui intègre des mécanismes biologiques dans une perspective dynamique, développementale, dirigeant les interactions entre le sujet et son environnement, les caractéristiques biologiques constitutionnelles d'un individu jouant un rôle déterminant dans ses orientations et ses trajectoires développementales possibles (Michel & Purper-Ouakil, 2006).

En revanche, le caractère rend compte du degré de maturité individuelle, sociale et spirituelle d'un individu, résultant d'un processus d'apprentissage social et cognitif de l'environnement. Les traits de caractère se développent donc suite aux interactions entre le tempérament, l'environnement familial et social, et l'expérience de vie individuelle. Ainsi, plus une personne avance en âge et en expérience, plus l'importance relative des facteurs de caractère est grande.

Cloninger propose ainsi, quatre dimensions tempéramentales : 1) la recherche de nouveauté se manifeste par une tendance à la joie de vivre, par des activités exploratoires, une tendance à répondre par l'excitation ou l'exaltation à des stimuli nouveaux ainsi qu'à un évitement actif de la monotonie et des punitions. Une personne ayant un haut niveau de recherche de nouveauté présenterait une excitation exploratoire, serait impulsif, extravagant et désordonné. 2) L'évitement du danger se manifeste par un évitement passif de la nouveauté, une inhibition du comportement pour éviter la punition et la frustration. Un individu ayant un haut niveau d'évitement du danger ferait preuve de timidité, de pessimisme, d'inquiétude et de fatigabilité. 3) La dépendance à la récompense se manifeste par une tendance à répondre sans cesse et intensément aux signaux de récompense (en particulier les signaux verbaux d'approbation sociale) et à maintenir une conduite reliée à une telle récompense. Un individu ayant un haut niveau de dépendance à la récompense serait sentimental, chaleureux, attaché émotionnellement. 4) La persistance décrit la tendance d'un individu à poursuivre un comportement sans prendre en considération les conséquences de celui-ci. Une personne ayant un haut niveau de persistance ferait preuve d'enthousiasme, d'affinité pour le travail, d'ambition et de perfectionnisme.

Les dimensions de caractère sont au nombre de trois : 1) L'autodétermination décrit la prise de conscience de soi, l'aptitude d'un individu à contrôler, réguler et adapter ses comportements pour faire face à une situation en accord avec ses valeurs et ses orientations personnelles et traduit la maturité individuelle d'une personne. 2) La coopération décrit la

prise de conscience des autres, la prise en considération et l'acceptation d'autrui et traduit la maturité sociale d'un individu. Un individu coopérant est tolérant, sociable, empathique et compatissant. 3) La transcendance décrit la dimension spirituelle de la personnalité, la prise de conscience universelle, la méditation, le détachement de soi, la prière et traduit la maturité spirituelle d'un individu.

II.1.2. Tempérament

Selon la littérature scientifique, la vulnérabilité psychologique aux conduites de consommation et aux comportements antisociaux relève pour une grande partie d'endophénotypes, soit des caractéristiques individuelles intermédiaires entre la phénoménologie clinique d'un comportement ou d'un trouble et les processus génétiques et neurobiologiques responsables de sa manifestation (Schumann et al., 2007). Le concept de tempérament a émergé afin de compte de cette endophénotypie (Thomas & Chess, 1977).

II.1.2.a) Consommation de substances psychoactives

Les différents indicateurs d'un tempérament dit « désinhibé » sont de solides prédicteurs d'une initiation précoce, d'une consommation et d'un abus/dépendance à une substance psychoactive mais également d'une polyconsommation à l'adolescence : l'impulsivité-trait élevée (Conrod, Pihl, Stewart, & Dongier, 2000; Dawe, Gullo, & Loxton, 2004; Dom, Hulstijn, & Sabbe, 2006; Finn, 2006; Gullo & Dawe, 2008; Gunnarsson, Gustavsson, Tengström, Franck, & Fahlke, 2008; Iacono, Carlson, Taylor, Elkins, & McGue, 1999; Soloff, Lynch, & Moss, 2000), une forte recherche de sensation (Hittner & Swickert, 2006; Kelly et al., 2006; Magid, Maclean, & Colder, 2007; Zuckerman, Kuhlman, & Hoyle, 2000) ou bien encore une forte recherche de nouveauté (Adams et al., 2003; Cloninger, Sigvardsson, & Bohman, 1988; Leventhal et al., 2007; Mallet & Vignoli, 2007; Sher, Bartholow, & Wood, 2000; Wills, Vaccaro, & McNamara, 1994; Wills, Windle, & Cleary, 1998).

Par exemple, une étude longitudinale américaine montre qu'une impulsivité élevée permet de distinguer à 10-12 ans, les adolescents à haut ou faible risque de développer un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive. Ainsi, comparés aux adolescents présentant une faible impulsivité à 10-12 ans, les adolescents présentant une impulsivité élevée ont 3,19 fois plus

de risques d'augmenter la fréquence de leur consommation de substances psychoactives à 16 ans et 19 ans et 6,83 fois plus de risques de développer un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive à 19 ans (Tarter et al., 2003).

Certains auteurs soulignent même qu'une forte recherche de nouveauté facilite, chez des adolescents abuseurs ou dépendants au tabac, l'engagement et la précocité de la consommation de tabac, bien plus que l'effet pharmacologique du produit (Flay, Petraitis, & Hu, 1999).

Acton (2003) précise que les personnes présentant une forte recherche de nouveauté se dirigeraient vers un plus large éventail de substances, préférentiellement des stimulants dans le but d'obtenir une récompense positive (Acton, 2003).

Certains auteurs espagnols, suisses canadiens et américains soulignent davantage l'implication de configurations tempéramentales. Ainsi, une forte recherche de nouveauté et un faible évitement du danger prédisent une consommation précoce de substances psychoactives (Pardo, Aguilar, Molinuevo, & Torrubia, 2007; Wills, Sandy, & Shinar, 1999), en particulier de tabac (Masse & Tremblay, 1997; Rigozzi & Rossier, 2004; Wills, et al., 1994). Certaines études suggèrent en effet que les individus présentant une forte sensibilité à l'anxiété (évitement du danger élevé) éviteraient de consommer par peur des effets de la substance ou par peur de se retrouver dans une situation embarrassante (Krank et al., 2011; Morris, et al., 2005).

Une étude anglaise ajoute à ce pattern tempéramental, deux autres dimensions : la dépendance à la récompense et la persistance. Ainsi, une forte recherche de nouveauté, un faible évitement du danger, une faible dépendance à la récompense sociale et une forte persistance sont associés à une augmentation dans le temps de la quantité d'alcool consommée avec une implication forte de la recherche de nouveauté (George, Connor, Gullo, & Young, 2010).

II.1.2.b) Comportements antisociaux

De nombreuses études américaines ont également largement confirmé la présence d'un tempérament désinhibé chez les adolescents adoptant des comportements antisociaux (Agnew, Brezina, Wright, & Cullen, 2002; Burt & Donnellan, 2008; Cale, 2006; Miller & Lynam, 2001; Taylor & Iacono, 2007).

Ainsi, l'impulsivité-trait, la recherche de nouveauté et la recherche de sensation seraient impliquées dans l'apparition de comportements antisociaux à l'adolescence (Cooper, Wood, Orcutt, & Albino, 2003; Hirschi & Gottfredson, 1995; Miller & Lynam, 2001).

Alors que l'implication dans les comportements antisociaux d'une forte recherche de nouveauté/sensation et d'une impulsivité-traits paraît admise par les précédentes études, aucune d'entre elles n'a distingué les différentes formes cliniques des comportements antisociaux. Pourtant, une impulsivité-trait élevée serait préférentiellement impliquée dans les comportements antisociaux non violents (Burt & Donnellan, 2008).

En termes de configuration tempéramentale, une recherche de nouveauté élevée et un faible évitement du danger sont également retrouvés chez des adolescents japonais adoptant des comportements antisociaux (Hiramura et al., 2010).

De la même manière, une forte recherche de nouveauté, un faible évitement du danger et une faible dépendance à la récompense sociale sont associés aux comportements antisociaux (Tremblay, Pihl, Vitaro, & Dobkin, 1994). En effet, une faible sensibilité à l'anxiété (faible évitement du danger) explique l'augmentation de la sévérité des comportements antisociaux (Castellanos-Ryan & Conrod, 2011; Walker et al., 1991).

II.1.3. Tempérament et caractère

Finalement, peu d'études se sont intéressées conjointement aux dimensions de tempérament et de caractère impliquées dans les comportements antisociaux et la consommation de substances psychoactives à l'adolescence. Ainsi, il paraît difficile de trouver un consensus dans les études présentées ci-après.

II.1.3.a) Consommation de substances psychoactives

Une étude américaine, menée auprès de 1170 adolescents délinquants de 15 ans suivis pendant six ans, s'est centrée sur la dimension de caractère : maturité sociale. Ainsi, une augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis est associée à une diminution de la maturité sociale. A l'inverse, les adolescents pour lesquels la consommation d'alcool et de cannabis a diminué montrent une augmentation de leur maturité sociale. Ces résultats suggèrent que les effets délétères de la consommation d'alcool et de cannabis sur le développement des relations interpersonnelles ne sont pas nécessairement permanents, puisqu'une réduction de la consommation permet de relancer ce processus de maturation (Chassin et al., 2010).

Une étude russe menée auprès de 195 adolescents délinquants recrutés dans un centre de détention juvénile, montre qu'une forte recherche de nouveauté est associée à une consommation précoce d'alcool alors qu'une faible auto-détermination et une faible coopération sont davantage associées à un mésusage de cette substance. Les adolescents délinquants qui ont un besoin important de sensations nouvelles, qui sont impulsifs, immatures et qui ont des difficultés à mettre en place des relations interpersonnelles seraient donc à risques d'une consommation problématique d'alcool (Ruchkin, Koposov, Eisemann, & Hägglöf, 2002).

II.1.3.b) Comportements antisociaux

Une autre étude coréenne, menée auprès de 623 collégiens d'une moyenne d'âge de 13 ans, observe que les comportements antisociaux violents et non violents sont associés à une forte recherche de nouveauté, un évitement du danger élevé, une faible auto-détermination, une faible coopération et une transcendance élevée. Ainsi, les adolescents présentant des comportements antisociaux, quelle qu'en soit la forme clinique, se caractérisent par un besoin de stimulations nouvelles, sont impulsifs, font preuve de détresse, de colère ou de nervosité, sont peu matures, ont des difficultés à établir des relations interpersonnelles stables et font preuve d'une conscience spirituelle élevée (Seog et al., 2006).

Contrairement aux études précédentes portant sur le tempérament et repérant l'implication d'un faible évitement du danger dans les comportements antisociaux, l'étude précédemment citée révèle une implication inverse de l'évitement du danger. Elle corrobore cependant de nombreuses autres études, menées auprès d'adolescents et de jeunes adultes, repérant l'implication à la fois de l'impulsivité et d'une émotionnalité négative (réactivité émotionnelle, affects aversifs, détresse, irritabilité) dans les comportements antisociaux (Cale, 2006; Caspi et al., 1994; Krueger, 1999a; Miller & Lynam, 2001) et confirme l'étude de Burt & Donnellan qui observe l'implication d'une réactivité émotionnelle élevée dans les comportements antisociaux de forme violente chez les adolescents (Burt & Donnellan, 2008).

De manière générale, l'implication de cette dimension tempéramentale tant dans la consommation de substances psychoactives que dans les comportements antisociaux des adolescents reste controversée (Kuo, Chih, Soong, Yang, & Chen, 2004; Ruchkin, Eisemann, & Cloninger, 1998; Seog, et al., 2006).

En résumé

◘ Un tempérament désinhibé serait impliqué dans la précocité, la fréquence, la polyconsommation de substances psychoactives et ses différentes modalités d'usage. Il serait également impliqué dans les comportements antisociaux et leur sévérité, mais préférentiellement la forme non violente de ces comportements.

◘ De rares études se sont intéressées aux dimensions de caractère du modèle biopsychosocial de la personnalité de Cloninger pour étudier les comportements antisociaux et la consommation de substances psychoactives à l'adolescence. Cependant, mises en lien avec les résultats des études portant sur les différentes configurations tempéramentales, les études sur la personnalité suggèrent qu'une forte recherche de nouveauté, une faible dépendance à la récompense, une faible persistance, une faible coopération et une faible auto-détermination sont des facteurs de vulnérabilité communs aux comportements antisociaux et à la consommation de substances psychoactives chez les adolescents.

La personnalité correspondant à une tendance à répondre d'une certaine manière dans certaines circonstances (Tellegen, 1988) et correspondant à une organisation dynamique de caractéristiques affectives, émotionnelles, cognitives et comportementales façonnant la manière d'être d'un individu et son adaptation spécifique à son milieu (Nuttin 1968), il semble que la prise en compte des stratégies de coping puisse apporter un éclairage supplémentaire à la compréhension des comportements antisociaux et des conduites de consommation des adolescents.

III. Stress-coping

III.1. Définition

Depuis de nombreuses années, il existe un consensus sur la conception transactionniste du stress : le stress serait « une relation particulière entre la personne et son environnement évalué par la personne comme excédant ses capacités et mettant en danger son bien-être » (Lazarus & Folkman, 1984).

Le coping est défini comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, déployés pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par la personne comme excédant ses ressources ». (Lazarus & Folkman, 1984).

A l'origine, Lazarus et Folkman distinguent deux types de stratégies de coping : 1) le coping centré sur le problème qui correspond à l'établissement d'un plan d'action, à une confrontation directe au problème (recherche d'informations, élaboration de plans d'action, efforts et actions directs pour modifier le problème,...) ; 2) le coping centré sur l'émotion dont l'objectif est de réduire la tension émotionnelle provoquée par la situation stressante (minimisation de la menace, prise de distance, réévaluation positive de la situation, comportements d'évitement ou de fuite).

Une troisième stratégie de coping est apparue plus tard, 3) la recherche de soutien social qui correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui. Cette stratégie peut toutefois être entendue soit comme une stratégie de coping centrée sur le problème lorsque la demande à autrui consiste en une aide matérielle ou informative, ou comme une stratégie de coping centrée sur l'émotion s'il est demandé à autrui écoute et empathie (Bruchon-Schweitzer, 2002).

III.2. Etudes

III.2.1. Consommation de substances psychoactives

En accord avec la littérature scientifique traitant du lien entre le stress et la santé (Lazarus & Folkman, 1984), la perception subjective du niveau de stress associé à des évènements de vie est un meilleur prédicteur de la consommation de substances psychoactives à l'adolescence que les évènements stressants objectifs (Magid, Colder, Stroud, Nichter, & Nichter, 2009; Siqueira, Diab, Bodian, & Rolnitzky, 2001; Wagner, 1993)

Selon le modèle stress-coping des addictions, les substances psychoactives seraient utilisées pour faire face à des situations de vie vécues comme stressantes afin de réduire les affects négatifs qu'elles engendrent et/ou augmenter les affects positifs. Une consommation de substances psychoactives est donc des plus probables lorsqu'un individu vit une situation de vie comme fortement stressante et qu'il n'a pas les ressources nécessaires pour y faire face (Wills, Sandy, Yaeger, Cleary, & Shinar, 2001; Wills & Shiftman, 1985).

Ainsi, selon une étude menée auprès d'adolescents d'une moyenne d'âge de 16 ans, un stress perçu élevé augmente l'utilisation de stratégies de coping et lorsque les stratégies utilisées sont des stratégies de coping centrées sur l'émotion, elles augmentent à leur tour le niveau de stress perçu (Wagner, 1993).

Une autre étude indique de la même manière que l'interaction entre un stress élevé et l'utilisation de stratégies de coping centrées sur l'évitement est associée à un mésusage d'alcool chez les adolescents (Laurent, Catanzaro S, & Callan M, 1997).

De la même manière, l'utilisation de stratégies de coping interne (faire des compromis, accepter la situation telle qu'elle est) serait associée à une consommation élevée d'alcool uniquement dans un contexte de stress perçu élevé (Johnson & Pandina, 1993).

De manière générale, la plupart des recherches s'accordent à dire que les adolescents utilisant des stratégies de coping centrées sur l'émotion et l'évitement sont plus à risques de consommer une substance psychoactive que les adolescents utilisant des stratégies de coping centrées sur le problème (Cooper, Russell, Skinner, Frone, & Mudar, 1992; Eftekhari, Turner,

& Larimer, 2004; Labouvie, 1986; Pederson, Koval, & O'Connor, 1997; Siqueira, et al., 2001; Wills, et al., 2001; Windle & Windle, 1996).

Ainsi, une étude menée auprès d'adolescents délinquants, indique que ceux qui consomment des substances psychoactives utilisent des stratégies de coping centrées sur l'évitement (Eftekhari, et al., 2004).

Certaines études ont souligné l'interaction entre des stratégies de coping et une émotionnalité négative (colère, nervosité, anxiété) comme facteur de vulnérabilité à une consommation de substances psychoactives. Ainsi, les personnes utilisant des stratégies de coping « dysfonctionnelles » et présentant une sensibilité élevée à la punition seraient susceptibles de se tourner vers une substance (alcool, drogues) afin réguler leurs affects négatifs avec un risque évident de dépendance à la substance (Carver, Johnson, & Joormann, 2008).

Aussi, les adolescents utilisant des stratégies de coping interne (réflexion, évaluations cognitives) et présentant une émotionnalité négative (hopelessness) seraient à risques de consommer de l'alcool et du cannabis. Les stratégies de coping interne peuvent en effet donner lieu à différents comportements inadaptés (D'Zurilla, Chang, Nottingham, & Faccini, 1998). Ici, chez des adolescents « pessimistes », anticipant sans cesse la venue d'évènements négatifs, l'utilisation de stratégies de coping réflexives pourrait menacer la capacité des adolescents à évaluer correctement la situation. Cette distorsion cognitive peut alors les amener à consommer de l'alcool ou du cannabis (Jaffee & D'Zurilla, 2009).

III.2.2. Comportements antisociaux

Une moindre utilisation de stratégies de coping fonctionnelles et une utilisation importante de stratégies de coping centrées sur l'évitement sont également associées à des comportements antisociaux (Bartek, Krebs, & Taylor, 1993; Brezina, 2000; Eftekhari, et al., 2004; Rohde, Jorgensen, Seeley, & Mace, 2004; Ruchkin, Eisemann, & Hägglöf, 1999).

Ainsi, une étude a permis de repérer, auprès de patientes suivis en addictologie, qu'après avoir contrôlé l'ethnicité, la dépression actuelle, et les antécédents familiaux de toxicomanie, les

stratégies de coping centrées sur l'émotion sont impliquées dans l'adoption de comportements antisociaux (Hien & Miele, 2003).

Enfin, l'interaction entre une sensibilité à la récompense sociale élevée et des stratégies de coping centrées sur le problème serait un facteur protecteur chez les adolescents vis-à-vis de l'engagement dans des comportements antisociaux (Ruchkin, et al., 1999). Cependant, l'interaction entre une sensibilité à la récompense sociale élevée et des stratégies de coping centrées sur l'évitement représenterait un facteur de risque d'engagement dans des comportements antisociaux. En effet, les adolescents dépendants de l'approbation sociale éviteraient une désapprobation de leurs pairs en s'engageant avec eux dans des comportements antisociaux (Hasking, 2007).

En résumé

- Un niveau élevé de stress perçu serait associé à la consommation de substances psychoactives mais n'a pas été étudié en lien avec les comportements antisociaux des adolescents.

- L'utilisation de stratégies de coping centrées sur l'émotion et l'évitement seraient communément impliquées dans la consommation de substances psychoactives et les comportements antisociaux.

PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS

La revue de la littérature précédemment présentée a permis d'identifier la prévalence en France de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux à l'adolescence. Ces données épidémiologiques ont permis de constater que ces prévalences restent élevées en France, comparées à d'autres pays anglo-saxons ou de l'Union européenne. De plus, les années collège semblent représenter une période durant laquelle la consommation de substances psychoactives débute et s'installe.

Ces comportements à l'adolescence représentent un véritable enjeu à la fois psychopathologique et de santé publique : 1) enjeu psychopathologique dans la mesure où ils posent la question du normal et du pathologique. En effet, ils seraient en partie, sous-tendus par un processus de maturation psychophysiologique inhérent à l'adolescence, faisant alors partie du développement normal des adolescents mais peuvent devenir pathologiques lorsqu'ils se chronicisent (trouble des conduites, personnalité antisociale, abus/dépendance à une substance psychoactive) ; 2) enjeu de santé publique dans la mesure où leur co-occurrence, leur maintien et l'évolution de leur sévérité sont responsables de nombreux dommages sanitaires et sociaux et sont associées à de nombreuses conduites à risques.

Certaines recherches se sont attachées à démontrer un lien de causalité entre comportements antisociaux et conduites de consommation à l'adolescence, aboutissant à l'idée d'une influence bidirectionnelle : chacun de ces comportements étant impliqué dans la sévérité et le maintien de l'autre. Pourtant, ces études ne permettent pas d'appréhender l'ampleur réelle de leur co-occurrence.

D'autres recherches issues de la théorie psychosociale des « comportements-problème » proposent l'idée d'un syndrome général de « déviance » dont les comportements antisociaux et les conduites de consommation seraient des manifestations cliniques. Cependant, ces études reposent sur des techniques d'analyses factorielles ou des modèles en équation structurale ayant pour inconvénient d'être des techniques d'analyses centrées sur les variables, délaissant alors les cas atypiques ne répondant pas à cette théorie psychosociale (Maltz, 1994; Von Eye & Bergman, 2003). Or, il est probable que certains adolescents s'éloignent plus ou moins de ce « syndrome de déviance », s'engageant uniquement dans des conduites de consommation ou uniquement dans des comportements antisociaux (Sullivan, Childs, & O'Connell, 2010).

Cette théorie psychosociale propose également que les comportements antisociaux et les conduites de consommation sont reliés entre eux par des facteurs de vulnérabilité communs et ouvre une voie de recherche intéressante à l'étude psychopathologique de la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation à l'adolescence.

Pourtant peu d'étude dans ce domaine ont réellement appréhendé ce phénomène. En effet, une grande partie de la littérature en psychiatrie et en psychopathologie s'est attachée à identifier les facteurs de vulnérabilité psychopathologiques et psychologiques impliqués soit dans les comportements antisociaux, soit dans les conduites de consommation. Ces recherches permettent cependant de repérer que certains facteurs de vulnérabilité leur seraient effectivement communs.

Ainsi, une comorbidité de troubles ou symptômes externalisés (hyperactivité/impulsivité, opposition, agressivité physique) dans l'enfance et maintenue à l'adolescence représente un risque de s'engager dans des comportements antisociaux et d'évolution vers un trouble des conduites et/ou une consommation voire un abus/dépendance aux substances psychoactives. Les troubles et symptômes internalisés, quant à eux, auraient, chez les adolescents engagés dans une trajectoire comportementale externalisée, un effet soit précipitant l'engagement dans des conduites de consommation et l'apparition d'un trouble lié à un tel usage, soit modérateur (positif ou négatif) sur la chronicisation et la sévérité de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux.

Ces différentes études repérant l'implication de troubles et symptômes externalisés et internalisés dans les comportements antisociaux et les conduites de consommation des adolescents ne permettent cependant pas de distinguer l'implication préférentielle des manifestations comportementales externalisés, internalisés ou de leur comorbidité et l'implication préférentielle des troubles psychopathologiques (approche catégorielle) ou de leurs symptômes (approche dimensionnelle). Il semble donc difficile, en terme de prévention, de proposer des recommandations claires quant aux populations d'adolescents les plus à risques d'associer comportements antisociaux et conduites de consommation et de s'inscrire alors dans une consommation répétée et nocive de substances psychoactives.

En terme de facteurs de vulnérabilité psychologiques, une forte recherche de nouveauté, une faible dépendance à la récompense, une faible persistance, une faible coopération, une faible

auto-détermination et l'utilisation de stratégies de coping centrées sur l'émotion et l'évitement seraient communément impliqués dans la consommation de substances psychoactives et les comportements antisociaux. Au sein du modèle stress-coping, bien qu'un niveau élevé de stress perçu soit associé à une consommation de substances psychoactives, la revue de la littérature précédemment présentée ne permet pas de dire dans quelle mesure ce stress perçu serait également impliqué dans les comportements antisociaux à l'adolescence. L'une des limites majeure de ces recherches réside essentiellement dans un manque d'exploration des dimensions de caractère et de stress perçu dans l'étude des comportements antisociaux et des conduites de consommation des adolescents.

De plus, de manière générale, la plupart des recherches présentées dans cette revue de la littérature étudie les substances psychoactives comme un ensemble agrégé, incluant plusieurs type de substances ou considère chaque substance psychoactive indépendamment l'une de l'autre. Or, les études de prévalence de la consommation de substances psychoactives montrent bien que tous les types de substances psychoactives ne sont pas consommés de la même manière, ni au même âge. Ceci est d'autant plus important à prendre en compte que les trajectoires d'évolution des consommations dépendent du type de substance psychoactive consommée (Becker et al., 2012; Flory, Lynam, Milich, Leukefeld, & Clayton, 2004; Martino, Ellickson, & McCaffrey, 2008). De la même manière, de rares études ont tenté d'identifier les facteurs de vulnérabilité aux comportements antisociaux selon leur forme clinique (violents vs. non violents). Pourtant, là aussi, ces deux types de comportements antisociaux ne semblent pas répondre aux mêmes trajectoires développementales (Moffit & Caspi, 2001; Tremblay, 2000).

Ainsi, comme précédemment énoncé, l'idée de syndrome général regroupant les comportements antisociaux et les conduites de consommation pourrait paraître didactique et économique mais manquerait vraisemblablement de valeur écologique. Il semblerait plus heuristique d'adopter une approche centrée sur la personne afin d'examiner ce syndrome et son éventuelle hétérogénéité telle qu'elle découle du comportement des adolescents, notamment au travers d'analyses en clusters (Reise & Gomel, 1995) au lieu d'analyses factorielles utilisées dans les précédentes études.

De rares recherches américaines proposent des méthodes d'analyse centrée sur les personnes permettant de dégager des profils comportementaux, défendant l'idée d'une réalité clinique effectivement complexe. Ces recherches ont ainsi pu identifier des sous-groupes d'adolescents selon une variété de comportements « déviants », incluant des comportements antisociaux et des conduites de consommation (Potter & Jenson, 2003; Reinke, Herman, Petras, & Ialongo, 2008).

Par exemple, une étude américaine de Massoglia (2006), menée auprès d'adolescents d'une large cohorte, évalue leur engagement dans des comportements antisociaux violents (vandalisme, violences), non violents (vol) et leur consommation de drogue. Les résultats de l'analyse en cluster montrent différents profils comportementaux : un profil normatif (déviance faible à modérée), un profil « prédateur » (comportements antisociaux) et un profil « envahissant » (haut niveau d'engagement dans tous les comportements évalués) (Massoglia, 2006).

Une autre étude américaine, utilisant la méthode d'analyse en clusters a permis de repérer trois sous-groupes distincts : un profil « normal » d'adolescents déclarant peu ou pas de comportements déviants, un profil « comportements à problèmes » de consommation d'alcool associée à des comportements antisociaux violents et non violents modérés (bagarre, mensonge, école buissonnière, multiples partenaires sexuels); puis un profil « déviants » de consommation de substances (alcool, cannabis) associée à des comportements antisociaux violents et non violents plus sévères (bagarre, utilisation d'un objet comme une arme, vol, vente de drogue) (Bartlett, Holditch-Davis, & Belyea, 2005).

Ces deux études confirment donc l'existence d'un profil d'adolescents associant comportements antisociaux et consommation de substances psychoactives voire de sous-profils au sein de cette association distinguant les types de substances psychoactives consommées et les formes cliniques des comportements antisociaux.

Les limites de ces différentes études et les résultats des quelques recherches ayant adopté une approche centrée sur la personne pour étudier les comportements antisociaux et les conduites de consommation à l'adolescence suscitent donc deux grandes interrogations.

L'étude de profils comportementaux prenant en considération le type de substances psychoactives consommées et la forme clinique des comportements antisociaux adoptés par les adolescents permettrait-elle d'appréhender de manière plus heuristique qu'une approche descriptive, la complexité de l'association entre comportements antisociaux et conduites de consommation à l'adolescence ?

Quels sont les facteurs psychopathologiques et psychologiques permettant le mieux d'identifier les profils d'adolescents les plus à risques d'une « pathologisation » de leurs conduites de consommation ?

Ces diverses interrogations nécessiteraient donc, pour être éclairées, d'adopter une approche à la fois centrée sur la personne (profils comportementaux) et centrées sur les variables (facteurs de vulnérabilité psychopathologiques et psychologiques). Il semble en effet que l'idée de facteurs de vulnérabilité communs aux comportements antisociaux et à la consommation de substances psychoactives puisse être enrichie par l'idée de facteurs de vulnérabilité spécifiques à certains profils comportementaux au sein de cette étiologie commune (Castellanos-Ryan & Conrod, 2011).

Il paraît également nécessaire de considérer dans une même étude, des adolescents en population générale, en population psychiatrique et en addictologie afin de comprendre les mécanismes psychopathologiques et psychologiques impliqués dans la « pathologisation » des conduites de consommation à l'adolescence.

Ainsi, l'objectif principal de ce travail sera d'étudier, chez l'adolescent, les mécanismes psychopathologiques impliqués dans la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation et responsables de la « pathologisation » des conduites de consommation, par l'adoption conjointe d'une approche centrée sur la personne (profils comportementaux prenant en considération le type de substances psychoactives consommées et la forme clinique des comportements antisociaux adoptés par les adolescents) et d'une approche centrée sur les variables (facteurs de vulnérabilité psychopathologiques et psychologiques) ainsi que la mise en place d'un dispositif d'étude multi-échantillon (milieu scolaire, milieu psychiatrique, addictologie).

Cet objectif principal se décline sous quatre objectifs plus spécifiques :

1) Observer la prévalence des conduites de consommation, des comportements antisociaux et de leur co-occurrence en population scolaire et psychiatrique.

2) Analyser précisément les différents profils comportementaux en fonction du type de produit consommé et de la forme clinique des comportements antisociaux, en population scolaire et psychiatrique. Identifier les facteurs socio-démographiques et les conduites à risques associés à ces profils.

3) Etudier les facteurs psychopathologiques et psychologiques impliqués dans ces différents profils comportementaux, en population scolaire et psychiatrique. Distinguer l'implication préférentielle des troubles psychiatriques et de la symptomatologie en population psychiatrique.

4) Comparer les profils comportementaux d'adolescents « consommateurs antisociaux » adoptant des conduites de consommation à risques obtenus en milieu scolaire et psychiatrique avec les types de comportements antisociaux déclarés et le type de substances psychoactives consommées par des adolescents suivis en addictologie. Identifier les facteurs psychopathologiques et psychologiques communs ou spécifiques à ces différentes populations.

PARTIE EMPIRIQUE

Afin de répondre aux objectifs précédemment présentés, ce travail propose une étude multi-échantillon, constituée de trois populations d'adolescents :

- Etude 1 : Etude en milieu scolaire auprès de collégiens âgés de 11 à 16 ans, de la 6ème à la 3ème.

- Etude 2 : Etude en milieu psychiatrique auprès d'adolescents âgés de 11 à 18 ans hospitalisés ou suivis en ambulatoire pour un trouble externalisé ou internalisé.

- Etude 3 : Etude en addictologie auprès d'adolescents âgés de 11 à 18 ans, présentant un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive (abus ou dépendance).

La pratique du terrain de recherche a donné lieu à une réflexion quant à l'homogénéisation de la tranche d'âge interrogée, soit de 11 à 18 ans pour les trois études.

Cependant, alors que la littérature repèrent que certaines consommations, notamment de substances psychoactives illicites peuvent débuter vers 16 ou 17 ans, la faisabilité d'un recrutement suffisamment représentatif d'adolescents au-delà du collège paraissait complexe.

En effet, si la plupart des enfants scolarisés le sont obligatoirement jusqu'au collège, il n'en est pas de même pour le lycée. De plus, l'accès au lycée n'est pas le seul débouché offert à des adolescents de 16 ans au sortir du collège. L'étude en milieu scolaire s'est donc légitimement limitée à un échantillon de collégiens.

Chapitre I. Etude en milieu scolaire

Rappelons que l'objectif principal de ce premier volet d'étude est d'étudier la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation des collégiens en prenant en considération le type de substances psychoactives consommées et la forme clinique des comportements antisociaux puis de repérer les facteurs de vulnérabilité impliqués dans cette co-occurence.

I. Procédure

Cette étude en milieu scolaire a été menée en collaboration avec l'Inspection Académique de la Gironde. Ainsi, quarante établissements ont été contactés entre 2008 et 2010. Ces quarante établissements étaient représentatifs de la population de l'académie de la Gironde. Cependant, seuls neuf de ces établissements ont donné leur accord pour participer à l'étude, soit uniquement des établissements urbains ou semi-urbains, et deux établissements sur les neuf étaient classés en zone d'éducation prioritaire (Réseau Réussite Scolaire et Réseau Ambition Réussite).

Une fois obtenu l'accord écrit du chef d'établissement, une seconde rencontre a permis de choisir, sur la base d'un échantillonnage aléatoire, deux classes par niveaux, de la 6ème à la 3ème. Le recrutement des enseignants, des collégiens et de leurs parents s'est ensuite fait sur la base du volontariat.

Ainsi, les enseignants principaux ayant accepté de participer à l'étude étaient alors informés, soit par courrier, soit lors d'une réunion avec l'investigateur, du déroulé des passations et de leur implication dans l'étude. Par la suite, un courrier d'information et de consentement était distribué aux familles des élèves dont les classes avaient été sélectionnées pour l'étude. Une fois ces autorisations recueillies par le Conseiller Principal d'Education ou le Chef d'établissement, l'investigateur a rencontré une nouvelle fois cette personne afin de mettre en place un emploi du temps des passations collectives pour les élèves autorisés à participer à l'étude.

Les passations se déroulaient sur deux heures, dans une salle de classe de l'établissement, en présence seulement de l'investigateur. Une première demi-heure était alors consacrée à un temps de discussion avec les élèves, durant lequel l'investigateur expliquait les objectifs de l'étude. C'est en prenant pour point de départ les connaissances, les expériences et les représentations des élèves au sujet des comportements antisociaux et des conduites de consommation que l'investigateur précisait les enjeux généraux et l'intérêt d'une telle étude auprès des adolescents.

Lorsque cela était possible, l'infirmier de l'établissement travaillait en étroite collaboration avec l'investigateur afin de réunir les élèves à la fin de la passation et répondre ainsi aux interrogations que pouvaient soulever le contenu des questionnaires ou l'objectif de l'étude. Lorsque la présence de l'infirmier n'était pas envisageable, après accord sur le principe et échange d'informations avec ce dernier, l'investigateur indiquait aux élèves l'infirmier comme la personne-ressource de l'établissement, pouvant répondre à leurs questions et continuer la discussion ouverte à ce sujet par l'investigateur.

La passation en tant que telle durait 1h30 durant laquelle l'investigateur donnait le rythme de passation afin d'homogénéiser les temps de réponse pour chaque questionnaire du protocole. Les questionnaires étaient anonymés et l'investigateur veillait à ce que chaque protocole soit dûment rempli et de manière totalement individuelle malgré le dispositif de passation collective. Ainsi, chaque questionnaire a été scrupuleusement vérifié afin de limiter les réponses manquantes.

Les élèves se voyaient ensuite remettre un questionnaire adressé à leurs parents avec pour consigne de retourner leur évaluation cachetée à leur professeur principal. Les enseignants principaux avaient également pour mission d'évaluer les élèves ayant participé à l'étude sur des dimensions de symptomatologie externalisée. L'investigateur récupérait ensuite l'ensemble des questionnaires adressés aux parents et aux enseignants afin de traiter les données recueillies.

Une fois les résultats principaux obtenus, l'investigateur s'engageait à remettre à l'inspection académique et au chef d'établissement un compte-rendu écrit, qui pouvait être, si telle en était la demande, présenté en réunion du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) de l'établissement.

II. Participants

Le questionnaire exploratoire intégré dans le protocole de l'étude a permis une description précise de l'échantillon total de l'étude menée en milieu scolaire.

Tableau 2. Description de la population en milieu scolaire.

Collégiens N = 1025	**Etablissement zone Education prioritaire**	**Etablissement hors zone Education Prioritaire**	**Total**
Nombre de collèges	2	7	9
	% (N)	% (N)	% (N)
Taux moyen de participation	56,1 (191)	63,5 (834)	61,9 (1025)
Sexe			
Garçons	51,3 (98)	49 (409)	49,5 (507)
Filles	48,7 (93)	51 (425)	50,5 (518)
	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue
Age	12,7 (1,3) 10-16	13,1 (1,3) 10-16	13 (1,3) 10-16
Classe	% (N)	% (N)	% (N)
6ème	26,2 (50)	26,6 (222)	26,5 (272)
5ème	22,5 (43)	19,8 (165)	20,3 (208)
4ème	29,3 (56)	30,8 (257)	30,5 (313)
3ème	22 (42)	22,8 (190)	22,6 (232)
Redoublement	21,5 (41)	20,1 (168)	20,4 (209)
Situation familiale			
Parents en couple	66 (126)	65 (542)	65,2 (668)
Parents séparés	17,8 (34)	13,2 (110)	14 (144)
Parents divorcés	12,6 (24)	18,7 (156)	17,6 (180)
Décès d'un parent	2,1 (4)	2 (17)	2 (21)
Famille d'accueil	1 (2)	0,8 (7)	0,9 (9)
Non renseigné	0,5 (1)	0,2 (2)	0,3 (3)
	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue
Nombre de frères et sœurs	2 (1,5) 0-8	1 ,7 (1,2) 0-8	1,7 (1,3) 0-8

M moyenne. ET écart-type

Le taux moyen de participation est convenable (61,9%) mais il semble que la thématique de cette étude ait donné lieu à de nombreuses réticences, tant de la part des enseignants que des parents. Ce taux de participation est sensiblement plus faible dans les collèges en zone d'éducation prioritaire (56 ,1% vs. 63,5%).

Cet échantillon est constitué d'autant de filles (50,5%) que de garçons (49,5%) avec une moyenne d'âge de 13 ans. Il présente une répartition plutôt homogène des élèves par niveau, y compris pour les collèges en zone d'éducation prioritaire.

Le taux de redoublement (vie entière) est équivalent pour les collèges en zone d'éducation prioritaire et hors zone d'éducation prioritaire (21,5% vs. 10,1%).

La majorité des élèves de notre échantillon vivent avec des parents en couple (65,2%). Près d'un tiers d'entre eux (31,6%) vivent avec des parents séparés ou divorcés.

III. Outils de mesure

Cette recherche s'appuie sur une évaluation pluri-source, avec un protocole adressé aux adolescents, aux parents et aux enseignants, protocoles validés par le Comité de Protection des Personnes (CPP) Ile-de-France IV et la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

III.1. Auto-évaluation

Une première partie du protocole d'auto-évaluation était constituée de questions exploratoires sur des données sociodémographiques : le sexe, l'âge, la situation familiale, le redoublement et les loisirs (Cf. Annexe A1). Une seconde partie exploratoire portait sur la consommation de substances psychoactives (Cf. Annexe A2).

III.1.1. Consommation de substances psychoactives

Les 1025 élèves ont répondu aux questions portant sur leur consommation de substances psychoactives.

III.1.1.a) La consommation de tabac

- *Questionnaire exploratoire*

Cette seconde partie du questionnaire exploratoire évaluait la consommation de tabac, l'âge de la première consommation, la consommation passée et actuelle et la fréquence de cette consommation. Lorsque les adolescents répondaient consommer du tabac au moment de l'étude, les questionnaires Fagerström et HONC leur étaient alors proposés (Cf. Annexe B1 et B2).

- *Le Fagerström*

Le Fagerström est un test de dépendance à la nicotine (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991) traduit et validé en français (Etter, Duc, & Perneger, 1999). Il est composé de six questions (nombre de cigarettes par jour, délai de la première cigarette après le réveil…) et permet de mesurer le niveau de dépendance à la nicotine. Le score total est compris entre 0 et 10. Il permet de repérer une possible dépendance à la substance :
- Entre 0 et 2 : pas de dépendance
- Entre 3 et 4 : dépendance faible
- Entre 5 et 6 : dépendance moyenne
- Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte

Dans cette étude, 126 élèves ont rempli le Fagerström et sa consistance interne est bonne ($\alpha = 0,80$).

- *Le Hooked On Nicotine Cheklist*

Le Hooked On Nicotine Cheklist (HONC) (DiFranza et al., 2002) est un test traduit par l'Inserm (Abrous et al., 2004) dont l'objectif est de mettre en évidence la perte de contrôle vis-à-vis de la consommation de tabac. Cet outil est particulièrement adapté aux jeunes fumeurs.

Une réponse positive à un seul item suffit à indiquer une perte d'autonomie liée à la consommation de tabac. Plus le total des réponses positives est élevé, plus le résultat du test fait évoquer une perte d'autonomie et donc une dépendance. Un score de 7 et au-delà indique

un niveau de forte dépendance. Dans cette étude, 126 élèves ont rempli le Honc et sa consistance interne est bonne ($\alpha = 0,93$).

III.1.1.b) La consommation d'alcool

- *Questionnaire exploratoire*

Une partie du questionnaire exploratoire évaluait également la consommation d'alcool, l'âge de la première consommation, la consommation passée et actuelle et la fréquence de cette consommation (Cf. Annexe A2). Lorsque les adolescents répondaient consommer de l'alcool au moment de l'étude, le questionnaire DETA-CAGE leur était alors proposé (Cf. Annexe B3).

- *Le Deta-Cage*

Le DETA (Diminuer Entourage Trop Alcool) est la version française (Rueff, Crnac, & Darne, 1989) du CAGE-Test (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener Test) (Mayfield, McLeod, & Hall, 1974). Le DETA-CAGE permet en quatre questions de dépister une consommation d'alcool à problème mise en évidence par la présence de deux réponses positives au test. Dans cette étude, 307 élèves ont rempli le Cage-Deta et sa consistance interne est faible ($\alpha = 0,54$) posant la question de la capacité de ce test à évaluer une consommation à risques chez les adolescents.

III.1.1.c) La consommation de cannabis

- *Questionnaire exploratoire*

Une autre partie du questionnaire exploratoire évaluait enfin la consommation de cannabis, l'âge de la première consommation, la consommation passée et actuelle et la fréquence de cette consommation (Cf. Annexe A3). Lorsque les adolescents répondaient consommer du cannabis au moment de l'étude, le questionnaire ALAC leur était alors proposé (Cf. Annexe B4).

- *L'Alcohol Advisory Council*

L'Alcohol Advisory Council (ALAC) est un test de dépendance au cannabis (Alcohol Advisory Council of New Zealand, 2001) validé et traduit en français (Karila et al., 2004) dont l'objectif est d'évaluer la consommation de cannabis. Ce questionnaire permet de repérer différents aspects de l'usage nocif de cannabis, tels que les troubles cognitifs, les éléments de la dépendance dont le syndrome de sevrage, les complications psychiatriques et les répercussions sociales de la consommation. Le questionnaire comporte onze items auxquels les sujets doivent répondre par « oui » ou « non ». Le score total est compris entre 0 et 11:
- Une à deux réponses positives correspondent à un usage à risque,
- Trois réponses positives correspondent à un usage nocif,
- Quatre réponses et plus correspondent à un risque élevé de dépendance.
Dans cette étude, 38 élèves ont remplis l'Alac et sa consistance interne est bonne ($\alpha = 0,90$).

III.1.2. Comportements antisociaux

Une troisième partie exploratoire interrogeait les comportements antisociaux des adolescents en se basant sur les critères du troubles des conduites du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) (Cf. Annexe A3). Les 1025 élèves ont répondu aux questions exploratoires portant sur leurs comportements antisociaux. Toutefois, tous les items n'ont pas été retenus selon les souhaits de l'Inspection Académique. Ainsi, les items supprimés étaient les suivants : « mettre le feu », « pénétrer dans un lieu par effraction », « contraindre quelqu'un à avoir des relations sexuelles ».

L'ensemble des items retenus et conformément à la littérature (Burt et al., 2011), permet de distinguer deux formes d'expression clinique de ces comportements: 1) Comportements antisociaux violents (7 items) : brutalité/menaces, cruauté envers des personnes, des animaux, bagarres, utilisation d'un objet comme une arme pouvant sérieusement blessé quelqu'un, vol en affrontant la victime. 2) Comportements non violents (5 items) : fugue, vol, école buissonnière, rester dehors tard la nuit, destruction des biens d'autrui.

III.1.3. Conduites à risques

Une dernière partie du questionnaire exploratoire portait sur la pratique de sports à risques, les jeux de non-oxygénation, les jeux d'agression, les jeux de défis, la prise de risques en deux roues et les scarifications. Les adolescents devaient rapporter pour chaque conduite à risques leur engagement passé et actuel dans ces conduites (Cf. Annexe A4). 1025 élèves ont répondu aux questions exploratoires portant sur leurs conduites à risques.

III.1.4. Symptomatologie dépressive

Le Children Depression Inventory (Kovacs & Beck, 1977) est une adaptation de l'échelle adulte Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) traduit et validé en français (Moor, 1982; Saint-Laurent, 1990). C'est un auto-questionnaire destiné aux 7-17 ans évaluant la symptomatologie dépressive dans ses divers aspects, tels que le sentiment de tristesse, la capacité à prendre du plaisir, les idées suicidaires, le sentiment de fatigue, l'efficacité scolaire ou les relations interpersonnelles (Cf. Annexe C). Parmi les 27 items, certains décrivent des critères de dépression du DSM, d'autres items plus spécifiques portent sur les troubles somatiques ou les comportements d'opposition.

A chaque item correspondent trois phrases adaptées au vocabulaire de l'adolescent. Elles décrivent une manifestation dépressive en intensité croissante. L'enfant ou l'adolescent doit choisir la manifestation qui correspond le mieux à son état depuis les quinze derniers jours. Chaque item est côté de 0 à 2 suivant trois degrés différents de sévérité allant de « de temps en temps », « très souvent » à « tout le temps ». Une note supérieure ou égale à 15 serait synonyme d'un état dépressif mais cette pathologie est ensuite à confirmer par un entretien clinique.

La mesure de consistance interne révèle un coefficient alpha de 0,92 (Saint-Laurent, 1990). La validité concomitante montre une bonne concordance entre les scores du CDI et les critères diagnostiques DSM-III-R (Costello & Angold, 1988). Les études ont en effet confirmé la valeur discriminante du CDI en population générale (Angold et al., 1987; Moretti, Fine, Haley, & Marriage, 1985). Cependant, la capacité discriminante du CDI en milieu clinique est plus discutée (Dugas & Bouvard, 1997).

Dans cette étude, le Children Depression Inventory présente une bonne consistance interne ($\alpha = 0,83$). 1007 élèves (98,2%) ont répondu au CDI.

III.1.5. Symptomatologie anxieuse

Le State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C) (Spielberger, Edwards, Lushene, & Platzek, 1973), validé en français (Turgeon & Chartrand, 2003), comprend deux échelles : l'échelle anxiété-trait et l'échelle anxiété-état. C'est un auto-questionnaire en 20 items pour enfant de 8 à 13 ans (Cf. Annexe D). Il peut être utilisé comme un instrument de dépistage précoce de problèmes anxieux chez l'enfant dans un contexte scolaire ou de recherche.

La forme « trait » a été utilisée dans cette étude répondant plus à une prédisposition anxieuse liée à la personnalité du sujet évalué alors que la forme « état » peut être consécutive à un événement récent sans pour autant signer un fonctionnement anxieux. Cette échelle comprend donc des items demandant au sujet comment il se sent généralement, tels que « je m'inquiète beaucoup », « je me sens tourmenté », « secrètement j'ai peur », « je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi».

La cotation varie de 1 (presque jamais) à 3 (souvent) et le score total est compris entre 20 et 80, les scores les plus élevés sont en faveur d'une forte symptomatologie anxieuse. La consistance interne des échelles d'anxiété de trait est excellente avec un alpha de Cronbach de 0,89 (Turgeon & Chartrand, 2003). Dans cette étude, le State-Trait Anxiety Inventory for Children présente également une bonne consistance interne ($\alpha = 0,86$). 1010 élèves (98,5%) ont répondu au STAI.

III.1.6. Personnalité et tempérament

Le JTCI (Junior Temperament and Character Inventory) (Luby, Svrakic, McCallum, Przybeck, & Cloninger, 1999), traduit et validé en français (Asch et al., 2009), est une version adaptée du TCI (Temperament Character Inventory (C. R. Cloninger, 1994) pour les enfants et les adolescents. Il comprend 84 items avec 4 possibilités : « oui », « plutôt oui », « plutôt non », « non » (Cf. Annexe E).

Cet auto-questionnaire permet, conformément au modèle biopsychosocial de Cloninger, d'évaluer quatre dimensions de tempérament et trois dimensions de caractère. Les dimensions de tempérament renvoient à la part génétique de la personnalité alors que les dimensions de caractère renvoient à la part apprise de la personnalité de par l'influence du milieu et de l'apprentissage. Les dimensions de tempérament sont: 1) La recherche de nouveauté (14 items) qui relève d'une activation comportementale, des activités exploratoires et un évitement de la monotonie et des punitions, 2) l'évitement de la douleur (14 items) qui relève de l'inhibition comportementale face à des signaux de punition ou de frustration, 3) la dépendance à la récompense (10 items) qui qualifie la tendance à répondre immédiatement aux signaux d'approbation sociale et induit le maintien du comportement, et 4) la persistance (8 items) qui se réfère à la capacité à maintenir un comportement, en dépit de la frustration et de la fatigue et en l'absence de renforcements immédiats. Le caractère est évalué selon trois dimensions: 1) La détermination (14 items) qui reflète la maturité individuelle des sujets et leur capacité à adapter leur comportement à leur objectif de réalisation personnelle, 2) la coopération (14 items) qui reflète la maturité sociale et les rapports interpersonnels, et 3) la transcendance (10 items) qui reflète le sens spirituel, la croyance et le détachement de soi.

Dans cette étude, les dimensions du Junior Temperament and Character Inventory présentent des consistances internes faibles à bonnes (Cf. tableau 3). Pourtant, tous les alphas de Cronbach obtenus dans cet échantillon sont quasiment identiques voire plus élevés que les alphas de Cronbach obtenus dans l'article de validation française (Asch et al., 2009). Dans cette étude, la dépendance à la récompense et la persistance obtiennent les alpha les plus faibles. Cependant, ce sont les deux dimensions de l'outil contenant le moins d'items, ce qui, selon les auteurs de la validation de l'outil, pourrait, en partie, expliquer ces résultats. 1008 élèves (98,3%) ont répondu au JTCI.

Tableau 3. Consistance interne du JTCI en population scolaire.

	α
Junior Temperament and Character Inventory	
Recherche de nouveauté	0,68
Evitement de la douleur	0,71
Dépendance à la recompense	0,44
Persistance	0,51
Auto-détermination	0,62
Coopération	0,69
Transcendance	0,68

III.1.7. Stress perçu

Le Problem Questionnaire (Seiffge-Krenke, 1995) traduit et validé en français (Seiffge-Krenke et al., 2009) évalue sept domaines de stress perçu, spécifiques aux adolescents (Cf. Annexe F). C'est un auto-questionnaire de 64 items souvent utilisé dans des études antérieures comme mesure typique des stresseurs de la vie quotidienne des adolescents. Les adolescents sont invités à indiquer le niveau de stress d'un problème spécifique, allant de 1 « pas du tout stressant » à 5 « extrêmement stressant ». Sept domaines sont explorés: 1) des problèmes avec l'école (8 items), 2) des difficultés concernant l'avenir (8 items), 3) des problèmes avec les parents (9 items), 4) des problèmes avec des pairs (10 items), 5) des problèmes quant aux loisirs (7 items), 6) des problèmes liés à soi (14 items), et 7) des problèmes liés aux relations avec le sexe opposé (7 items).

Dans cette étude, le Problem Questionnaire présente une consistance interne bonne à satisfaisante (Cf. tableau 4). 1004 élèves (97,9%) ont répondu au PQ.

Tableau 4. Consistance interne du PQ en milieu scolaire.

	α
Problem Questionnaire	
Ecole	0,77
Futur	0,77
Parents	0,87
Pairs	0,89
Loisirs	0,84
Sexe oppose	0,86
Soi	0,92

III.1.8. Stratégies de coping

Le Coping Across Situation Questionnaire (Seiffge-Krenke, 1992), traduit et validé en français (Seiffge-Krenke, et al., 2009), est un auto-questionnaire à 20 items, qui évalue les stratégies de coping dans différents domaines du développement des adolescents (école, parents, pairs, loisirs, soi-même, sexe opposé, avenir), dont le niveau de stress est précédemment évalué par le PQ (Cf. Annexe G). L'adolescent est invité à cocher les stratégies de coping qu'il utilise dans chacun de ces domaines.

Ce questionnaire distingue trois types de stratégies de coping : 1) Le coping actif qui englobe sept stratégies impliquant la recherche de conseils ou d'assistance affective des parents ou des amis, ou la recherche d'information et d'assistance sur Internet, dans des centres de consultation, 2) le coping interne qui comprend six stratégies d'adaptation basée sur des processus cognitifs, une réflexion quant aux solutions possibles, en acceptant ses propres limites et en faisant des compromis, et 3) le coping retrait qui comprend sept stratégies d'adaptation caractérisées par des efforts pour éviter l'agent stressant et des comportements destinés à libérer la tension émotionnelle (par exemple, crier fort, claquer les portes). Les deux premiers styles de coping sont considérés comme des stratégies de coping « fonctionnelles », le dernier comme une stratégie « dysfonctionnelle ».

Dans cette étude, le Coping Across Situation Questionnaire présente une consistance interne bonne à satisfaisante (Cf. tableau 5). 966 élèves (94,2%) ont répondu au CASQ.

Tableau 5. Consistance interne du CASQ en milieu scolaire.

	α
Coping across Situation Questionnaire	
Actif	0,75
Interne	0,70
Retrait	0,72

III.2. Hétéro-évaluation

III.2.1. Symptomatologie du TDAH

Les échelles Conners' Parent Rating Scales Revised-short version et Conners' Teacher Rating Scales Revised-short version (Conners, Sitarenios, Parker, & Epstein, 1998; Conners, 1997; Goyette, Conners, & Ulrich, 1978) sont les échelles actuellement les plus utilisées dans le domaine du TDAH. Ces échelles s'appuient sur une observation essentiellement comportementale de l'enfant, permettant d'objectiver et de quantifier les comportements et évitant le plus possible la subjectivité de l'évaluateur. Ces questionnaires permettent d'évaluer les enfants et adolescents de 7 à 18 ans. La passation dure 10 minutes environ.

La version pour les parents à 27 items (Cf. annexe H1) et la version pour les enseignants à 28 items (Cf. Annexe H2) ont été développées pour évaluer la symptomatologie de l'hyperactivité selon trois registres de symptômes caractéristiques du TDAH : l'impulsivité, l'hyperactivité motrice et l'inattention. Chaque item est côté de 0 à 3 (0 « pas du tout », 1 « un petit peu », 2 « beaucoup », 3 « énormément »). Les scores des items sont additionnés au sein de chaque symptomatologie, permettant d'obtenir un score par facteur, qui est ensuite standardisé grâce à une table d'étalonnage. Elles comportent également un index TDAH dont le cut-off est de 70 au-delà duquel, il s'agit d'évaluer la possible présence d'un TDAH. Cependant, l'utilisation des seuils de dépistage reste discutée (Trites, Dugas, Lynch, & Ferguson, 1979).

Dans cette étude, les échelles de Conners version parents et enseignants présentent une bonne consistance interne (Cf. tableau 6).

Tableau 6. Consistance interne de l'échelle Conners version parents et enseignants en milieu scolaire.

	α
Conners parents	
Opposition	0,78
Inattention	0,86
Hyperactivité/impulsivité	0,80
Conners enseignants	
Opposition	0,88
Inattention	0,86
Hyperactivité/impulsivité	0,87

III.2.2. Symptomatologie agressive

L'échelle Overt Agression Scale (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986) traduite en français (Verlaeten, Charles, Machowski, Deleu, & Wilmotte, 1989) a été proposée aux parents et aux enseignants (Cf. Annexe I). L'intérêt de cette échelle tient en la description de comportements observables et quantifiables. Pour chaque item, les parents et les enseignants ont la possibilité de choisir une réponse allant de 0 « jamais », à 1 « quelquefois » ou 2 « souvent ». Dans cette échelle, on retrouve des items tels que : « fait beaucoup de bruit, crie, hurle » (agressivité verbale), « claque les portes, disperse ses vêtements, fait du désordre » (agressivité physique envers les objets), « se pique ou s'arrache

la peau, se frappe, s'arrache les cheveux » (agression physique envers soi-même), « fait des gestes menaçants, tourne autour des gens, s'agrippe aux vêtements d'autrui » (agressivité physique envers autrui).

Dans cette étude, la consistance interne des échelles OAS parents et enseignants est plutôt moyenne voire faible à très faible pour la dimension d'agressivité physique envers les objets évaluée par les enseignants (α = 0,22) (Cf. tableau 7). Cependant, il semble qu'il pourrait être difficile pour les enseignants d'évaluer ce type d'agressivité au travers d'items tels que : « claque les portes, disperse ses vêtements, fait du désordre ». Nous avons donc choisi d'ôter cet item des analyses.

Tableau 7. Consistance interne de l'échelle OAS parents et enseignants en milieu scolaire.

	α
Overt Aggression Scale parents	
Agressivité verbale	0,75
Agressivité physique envers les objets	0,58
Agressivité physique envers soi	0,69
Agressivité physique envers autrui	0,59
Overt Aggression Scale enseignants	
Agressivité verbale	0,78
Agressivité physique envers les objets	**0,22**
Agressivité physique envers soi	0,53
Agressivité physique envers autrui	0,53

Dans cette étude, 518 parents (50,5%) et 522 enseignants (50,9%) ont répondu à la Conners. 517 parents (50,4%) et 502 enseignants (49%) ont répondu à l'OAS. Le taux d'attrition de la part des parents s'explique par le fait que malgré que les parents aient autorisé la participation à l'étude de leurs enfants, ils n'ont pas souhaité eux-mêmes y participer, ou lorsque cela était le cas, certains questionnaires n'étaient pas ramenés par l'élève au collège (oubli, perte).

Le taux d'attrition des enseignants est plus surprenant car une fois que les chefs d'établissements avaient accepté de participer à l'étude, les enseignants principaux des classes sélectionnées étaient informés de la procédure de l'étude et des questionnaires qu'ils seraient amenés à remplir. Or, certains de ces enseignants ne les ont pas remplis, soit par : - oubli et manque de temps malgré les multiples relances, - refus catégorique au vu des questions posées qui, selon eux, n'étaient pas des items évaluables par des enseignants, notamment les items de l'OAS. Notons que ces enseignants, en tant qu'enseignants principaux, devaient évaluer tous les participants à l'étude appartenant à la classe de laquelle ils étaient

responsables. C'est pourquoi, lorsqu'un enseignant ne remplissait pas les hétéro-évaluations qui lui revenaient, cela touchait alors tous les participants de la classe dont il était en charge, augmentant très rapidement le taux d'attrition dont souffrent ces hétéro-évaluations.

IV. Objectifs spécifiques et hypothèses opérationnelles

1) Observer la prévalence des conduites de consommation, des comportements antisociaux et de leur co-occurrence.

2) Analyser précisément les différents profils comportementaux en fonction du type de produit consommé et de la forme clinique des comportements antisociaux. Identifier les facteurs socio-démographiques et les conduites à risques associés à ces profils.

Hypothèse 2. a) L'analyse en clusters révèlera différents profils comportementaux selon la forme clinique des comportements antisociaux et le type de produit consommé dont au moins un profil d'adolescents peu ou pas consommateurs et adoptant peu ou pas de comportements antisociaux (neutre), un profil de consommateurs (consommateurs), un profil d'adolescents adoptant des comportements antisociaux (antisociaux) et un profil de consommateurs antisociaux (consommateurs antisociaux).

Hypothèse 2. b) Les adolescents consommateurs antisociaux présenteront une expérimentation de substances psychoactives plus précoce et une consommation et des comportements antisociaux plus sévères que les adolescents antisociaux et les adolescents consommateurs.

Hypothèse 2. c) Les profils d'adolescents consommateurs et consommateurs antisociaux réuniront les adolescents les plus âgés et seront constitués de plus de garçons que de filles.

Hypothèse 2. d) Les adolescents consommateurs antisociaux seront plus nombreux à s'engager dans des conduites à risques que les consommateurs, les antisociaux et les adolescents du profil neutre.

3) Identifier les facteurs psychopathologiques et psychologiques impliqués dans les différents profils comportementaux.

Hypothèse 3. a) Les scores de symptômes dépressifs (CDI) et anxieux (STAI) et les score de symptômes d'inattention, d'hyperactivité/impulsivité, d'opposition (Conners) et d'agressivité (OAS) évalués par les parents et par les enseignants discrimineront les différents profils comportementaux. Des symptômes externalisés et internalisés élevés expliqueront l'appartenance aux profils des consommateurs antisociaux.

Hypothèse 3. b) Les scores aux dimensions tempéramentales et de caractère obtenus au JTCI discrimineront les différents profils comportementaux. Une forte recherche de nouveauté, une faible dépendance à la récompense et un faible évitement du danger, une faible persistance, une faible coopération et une faible autodétermination expliqueront l'appartenance aux profils des consommateurs antisociaux.

Hypothèse 3. c) Les scores de stress perçu obtenus au CASQ et des différents types de stratégies de coping obtenus au PQ discrimineront les différents profils comportementaux. Un stress perçu élevé et l'utilisation de stratégies de coping retrait expliqueront l'appartenance aux profils des consommateurs antisociaux.

V. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 19.

- Afin de répondre au premier objectif descriptif de l'étude, ont été calculées :

- La proportion de collégiens engagés dans une consommation de substances psychoactives au moins occasionnelle avec ou sans comportements antisociaux associés, les modalités d'usage (occasionnel, régulier) et l'âge moyen d'expérimentation d'une substance psychoactive.
- La proportion de collégiens engagés dans au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois avec ou sans conduite de consommation associée et la prévalence de chaque forme clinique des comportements antisociaux chez ces collégiens.
- La proportion de collégiens associant au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois et une consommation au moins occasionnelle de substance psychoactive, la

prévalence de chaque forme clinique des comportements antisociaux chez ces collégiens, les modalités d'usage et l'âge moyen d'expérimentation d'une substance psychoactive.

- Afin de répondre au second objectif d'identification de profils comportementaux, la seconde étape d'analyse des données a consisté en une méthode de classification ascendante hiérarchique pour données binaires (analyse en cluster), basée sur le carré de la distance euclidienne et la méthode de Ward comme méthode d'agrégation. Cette méthode permet de classer ensemble des individus ayant un comportement similaire sur un ensemble de variables.

Selon les classifications existantes sur les modalités d'usage d'une substance psychoactive, il est possible de dire qu'un individu qui consomme occasionnellement est un individu qui consomme au moins une fois dans l'année et qu'un individu qui consomme régulièrement est un individu qui consomme au moins 10 fois dans le mois.

En revanche, aucune modalité comportementale (vs. modalité d'usage pour les substances psychoactives) n'a été appliquée aux comportements antisociaux tant la tâche s'avère être complexe. C'est aussi pour cela que les quelques études de prévalence de ces comportements ne sont pas consensuelles, certaines rapportant l'occurrence d'un comportement antisocial sur les douze derniers mois, d'autres considérant son occurrence au moins trois fois sur les douze derniers mois ou bien encore deux fois sur les deux derniers mois.

Trouver un consensus à ce sujet demanderait une étude approfondie de la question, en terme de trajectoire développementale de ces comportements et des issues de leurs différentes modalités (occasionnel ou régulier, répété). De nombreuses études s'accordent pourtant à repérer deux types de comportements antisociaux dont les trajectoires développementales et les issus en termes de santé physique et psychologique diffèrent : les comportements antisociaux non violents et les comportements antisociaux violents.

Malgré tout, la question de leur sévérité n'est pas abordée sous l'angle d'un seuil au-delà duquel on peut parler de comportements antisociaux « problématiques ». Cette approche ne se retrouve qu'en psychiatrie. Ainsi, un trouble des conduites est diagnostiqué lorsque sont présents au moins trois des symptômes sur les douze derniers mois, ou au moins un symptôme sur les six derniers mois, à condition que ceux-ci aient un retentissement assez important sur les différentes sphères de vie de l'enfant ou de l'adolescent.

Néanmoins, cette étude se voulant psychopathologique et dimensionnelle, nous voudrions ne pas ignorer les adolescents les moins enclins à s'adonner à ce genre de comportements, ceux qui n'en déclarerait qu'un ou deux sur les douze derniers mois, ni ignorer non plus, les consommateurs occasionnels. Il nous semble donc plus pertinent que cette étude ne se centre pas uniquement sur les adolescents adoptant au moins trois comportements antisociaux sur les douze derniers et les adolescents consommateurs réguliers. Le seuil « au moins trois comportements antisociaux » servira donc uniquement d'indicateur de sévérité des comportements antisociaux.

De plus, s'intéressant au lien étroit entre comportements antisociaux et consommation de substances psychoactives, il semble pertinent d'aligner la modalité d'occurrence d'un comportement antisocial à la modalité de consommation occasionnelle de substances psychoactives (au moins une fois dans l'année), soit en considérant la présence d'un comportement antisocial lorsque ce dernier est rapporté au moins une fois sur les douze derniers mois.

Les variables sélectionnées dans l'analyse de classification ascendante hiérarchique ont donc été : la consommation au moins occasionnelle de tabac, alcool et cannabis, la présence d'au moins un comportement antisocial non violent et la présence d'au moins un comportement antisocial violent sur les douze derniers mois.

Le choix du nombre de classes obtenues s'est fait sur le critère de la première rupture dans la décroissance du R^2 semi-partiel (semi-partial root-mean square : SPRSQ). Dans cette population scolaire, on observe une rupture à la septième classe (classe 7 : SPRSQ = 0,0694 et classe 8 : SPRSQ = 0,0393). Le nombre de classes doit ensuite être confirmé par des indicateurs de validité externe qui permettent de confirmer des différences entre les profils obtenus. Cette étape nous a également permis de caractériser chacun des profils comportementaux et de répondre à la seconde partie de cet objectif quant à l'identification des facteurs socio-démographiques et des conduites à risques associées à chaque profil.

Ainsi, plusieurs variables ont été observées dans chaque profil comportemental:
- La prévalence de chacun des comportements antisociaux non violents : école buissonnière, fugue, rester tard dehors la nuit, mentir pour échapper à ses obligations, voler sans affronter la victime,
- La prévalence de chacun des comportements antisociaux violents : voler en affrontant la victime, détruire un objet appartenant à autrui, utiliser un objet comme une arme pouvant sérieusement blesser quelqu'un, cruauté envers les animaux, cruauté envers les personnes, bagarres, menaces/brutalité,
- La prévalence des garçons et de filles dans chaque profil comportemental, l'âge des adolescents de chaque profil, l'âge moyen d'expérimentation d'une substance psychoactive,
- La sévérité des comportements antisociaux (au moins trois sur les douze derniers mois, nombre moyen et fréquence des comportements antisociaux violents et non violents),
- La prévalence des modalités d'usage (occasionnels, réguliers) de tabac, d'alcool, de cannabis et de polyconsommation de substance psychoactives,
- La sévérité de la consommation de tabac, alcool et cannabis aux Fagerström, Honc, Deta et Alac.
- La prévalence des différentes situations familiales (parents en couple, parents séparés/divorcés, décès d'un parent, famille d'accueil), le taux de redoublement, la répartition par niveau scolaire (de la 6ème à la 3ème), le taux de collégiens issus de zone d'éducation prioritaire,
- La prévalence des conduites à risques déclarées.

Chacune de ces variables a donc été comparée entre chaque profil comportemental, à l'aide de Khi² partiels pour les variables catégorielles et d'un test de comparaison de moyennes pour les variables dimensionnelles : ANOVA à un facteur.

- Afin de répondre au troisième objectif d'identification des facteurs de vulnérabilité impliqués dans chaque profil, s'en sont suivi des régressions logistiques multinomiales pas à pas descendantes testant l'implication dans chaque cluster (variable dépendante) de différents modèles conceptuels (variables indépendantes) :

- Modèle psychopathologique : Symptomatologie internalisée (anxiété, dépression) et externalisée (symptômes d'inattention, d'opposition, d'hyperactivité/impulsivité, index

TDAH, symptômes d'agressivité verbale et d'agressivité physique envers les objets évalués par les parents et symptômes d'inattention évalués par les enseignants),

- Modèle de personnalité : Recherche de nouveauté, évitement du danger, dépendance à la récompense, persistance, auto-détermination, coopération, transcendance,

- Modèle stress-coping : Stress perçu vis-à-vis de l'école, de l'avenir, des parents, des pairs, des loisirs, de soi, du sexe opposé, stratégies de coping active/école, pairs, parents, avenir, stratégies de coping interne/école, pairs, parents, avenir et stratégies de coping retrait/école, pairs, parents, avenir.

Au préalable, chacune des variables indépendantes a été normalisée afin de répondre aux conditions d'application d'une régression logistique. Puis, pour chaque modèle, les variables pour lesquelles la procédure de normalisation ne permettait pas d'atténuer les valeurs aberrantes ont : soit été supprimées du modèle d'analyse lorsqu'elles comportaient plusieurs valeurs aberrantes, soit conservées à la condition d'extraire de l'analyse le sujet présentant une valeur aberrante. Rares ont été les cas où un sujet a été extrait de l'analyse. En revanche, certaines variables, notamment les évaluations des enseignants, présentaient de nombreuses valeurs aberrantes et une variabilité quasi-nulle. Dans ce cas, elles ont été retirées du modèle. C'est pourquoi la liste des variables retenues dans le modèle psychopathologique présentée ci-dessus ne comprend pas toutes les variables évaluées.

Enfin, les différents profils comportementaux se distinguant significativement selon l'âge et le sexe des adolescents, ces deux variables socio-démographiques ont été incluses dans chaque modèle de régression, afin d'en contrôler l'influence.

VI. Résultats descriptifs

VI.1. Prévalence de la consommation de substances psychoactives

Notons que ces prévalences ne contrôlent pas la co-présence de comportements antisociaux.

Tableau 8. Prévalence des consommateurs de substances psychoactives en milieu scolaire.

N = 1025	**Consommation de substances psychoactives**	
A déjà consommé au moins une fois	% (N)	
Non	38,7 (397)	
Oui	61,3 (628)	
Consommation actuelle	% (N)	
Non renseigné	0,2 (2)	
Aucune consommation	64,9 (663)	
Au moins une SPA	**34,9 (358)**	
Consommation occasionnelle [a]	(sur échantillon total)[o]	(parmi les 358 consommateurs)[o]
Tabac	6,3 (65)	18,1 (65)
Alcool	27 (277)	77,4 (277)
Cannabis	2,4 (25)	7 (25)
Polyconsommation	7,6 (78)	21,8 (78)
Consommation régulière [b]	(sur échantillon total)[o]	(parmi les 358 consommateurs)[o]
Tabac	6,3 (65)	18,1 (65)
Alcool	4 (41)	11,4 (41)
Cannabis	1,4 (14)	3,9 (14)
Polyconsommation	2 (20)	5,6 (20)
Age expérimentation		M (ET) étendue
Tabac		12,2 (1,4) 10-16
Alcool		11,4 (1,9) 9-16
Cannabis		13,1 (1,2) 11-15
Sexe		% (N)
Garçons		52,5 (188)
Filles		47,5 (170)

[a] *moins de 2 par semaine.*
[b] *au moins 2 à 3 fois par semaine, soit entre 8 et 12 usages dans le mois.*
SPA substance psychoactive. M moyenne. ET écart-type.
[o] *Ces prévalences ne contrôlent pas la co-présence de comportements antisociaux.*

Alors que plus de 60% des collégiens déclarent avoir déjà expérimenté au moins une substance psychoactive (vie entière), 34,9% déclarent consommer au moins une substance psychoactive au moins occasionnellement, au moment de l'étude.

La substance la plus consommée occasionnellement est l'alcool (27%). Le tabac est la substance la plus consommée régulièrement. Néanmoins, l'usage régulier, quelle que soit la substance psychoactive, reste marginal au collège (entre 1,4% et 6,3%). En effet, la polyconsommation occasionnelle de substances psychoactives (7,6%) est plus prévalente que toutes les consommations régulières.

La polyconsommation occasionnelle semble alors prendre une place importante chez les collégiens, concernant surtout l'association tabac-alcool (73% des polyconsommateurs occasionnels) et l'association tabac-alcool-cannabis (22% des polyconsommateurs occasionnels). La polyconsommation régulière reste marginale (2%) et concerne en majorité la triple association tabac-alcool-cannabis (16 élèves sur 20 polyconsommateurs réguliers).

De manière générale, la consommation régulière d'une substance psychoactive est un indicateur de sévérité de la consommation mais les consommations occasionnelles ne sont pour autant pas toujours sans risques.

Ainsi, parmi les consommateurs de tabac, les occasionnels sont 4,6% à présenter un risque de dépendance au Fagerström et 16,9% une perte de contrôle de leur consommation au HONC. Les consommateurs réguliers, quant à eux, sont 24,6% à présenter un risque de dépendance au Fagerström et 44,6% une perte de contrôle de leur consommation au HONC.

Parmi les consommateurs d'alcool, les occasionnels sont 2,5% à présenter un risque de dépendance au Deta-Cage contre 7,3% des consommateurs réguliers.

Enfin, parmi les consommateurs de cannabis, les occasionnels sont 24% à présenter un usage nocif et à risque de dépendance à l'Alac contre 28,6% des consommateurs réguliers.

La consommation régulière de substances psychoactives semble concerner légèrement plus de garçons que de filles mais cette différence n'est pas significative. En effet, quels que soient le ou les produits consommés et la modalité de consommation (occasionnelle ou régulière), il n'y a pas de différence significative de prévalence entre les garçons et les filles, hormis pour la polyconsommation régulière qui concerne plutôt les garçons (15 garçons vs. 5 filles) ($Khi^2 = 5,3$; $ddl = 1$; $p < .05$).

Enfin, l'alcool est la substance psychoactive la plus précocement expérimentée (11,4 ans), suivi du tabac (12,2 ans) et du cannabis (13,1 ans).

En résumé,

- 34,9% des collégiens de cette étude consomment une substance psychoactive au moins occasionnellement (qu'ils déclarent ou non des comportements antisociaux associés).

- L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée occasionnellement et expérimentée le plus précocement (11,4 ans).

- La polyconsommation occasionnelle, notamment de tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis, est plus prévalente que les consommations régulières de tabac, alcool ou cannabis.

- Le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement.

- Quelle que soit la modalité d'usage, il n'y a pas de différence significative entre garçons et filles.

- La consommation occasionnelle de substances psychoactives n'est pas exempte de risques de mésusage et de dépendance.

VI.2. Prévalence des comportements antisociaux.

Notons que ces prévalences ne contrôlent pas la co-présence de conduites de consommation. Quasiment trois élèves sur quatre déclarent au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois (73,4%).

Les collégiens de cette étude déclarent au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois. Il s'agit plutôt de garçons (54,3% vs. 47,5%) ($Khi^2 = 25,9$; $ddl = 1$; $p < .001$) et la forme mixte des comportements antisociaux est la plus prévalente.

Tableau 9. Prévalence des comportements antisociaux sur les douze derniers mois en milieu scolaire.

N = 1025	**Comportements antisociaux sur les 12 derniers mois**	
	% (N)	
Au moins un CA	73,4 (752)	
	(sur échantillon total)[o]	(parmi les 752 antisociaux)[o]
Au moins 3 CA	32,4 (332)	44,1 (332)
Type de CA	% (N)	% (N)
Non violents	17,7 (181)	24,1 (181)
Violents	11,6 (119)	15,8 (119)
Non violents+Violents	44,1 (452)	60,1 (452)
Sexe		% (N)
Garçons		54,3 (408)
Filles		47,5 (344)

CA comportement antisocial. [o] *Ces prévalences ne contrôlent pas la co-présence de conduites de consommation.*

Enfin, 44,1% des collégiens déclarant au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois en déclarent au moins trois, quasi-exclusivement de forme mixte (95,8% des collégiens déclarant au moins trois comportements antisociaux).

En résumé,

- 73,4% des collégiens, plutôt des garçons, déclarent au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois (qu'ils consomment ou non une substance psychoactive).

- 44,1% de ces collégiens, déclarent au moins trois comportements antisociaux sur les douze derniers mois.

- La forme mixte de comportements antisociaux (violents et non violents) est la plus prévalente, notamment lorsque les collégiens déclarent au moins trois comportements antisociaux.

VI.3. Prévalence de la co-occurence de consommation de substances psychoactives et de comportements antisociaux.

Tableau 10. Prévalence de collégiens déclarant au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois associé à une consommation de substances psychoactives au moins occasionnelle.

N = 1025	**Comportements antisociaux + Consommation de substances psychoactives**
Au moins un CA + une SPA	% (N)
Non	71,4 (732)
Oui	**28,6 (293)**
Sexe	(parmi les 293 consommateurs antisociaux)
Garçons	56 (164)
Filles	44 (129)
Consommation occasionnelle [a]	(parmi les 293 consommateurs antisociaux)
Tabac	18,4 (54)
Alcool	75,1 (220)
Cannabis	8,2 (24)
Polyconsommation	23,5 (69)
Consommation régulière [b]	(parmi les 293 consommateurs antisociaux)
Tabac	20,4 (60)
Alcool	13,7 (40)
Cannabis	4,8 (14)
Polyconsommation	6,8 (20)
Type de CA	(parmi les 293 consommateurs antisociaux)
Non violents	18,4 (54)
Violents	8,5 (25)
Non violents+Violents	73 (214)
Au moins 3 CA	67,1 (289)
Age expérimentation	M (ET) étendue
Tabac	12,2 (1,4) 10-16
Alcool	11,3 (1,9) 9-16
Cannabis	13,1 (1,2) 11-15
Sexe	% (N)
Garçons	56 (164)
Filles	44 (129)

[a] *moins de 2 fois par semaine.*
[b] *au moins 2 à 3 fois par semaine, soit entre 8 et 12 usages dans le mois.*
SPA substance psychoactive. CA comportement antisocial. M moyenne. ET écart-type.

Plus d'un quart des collégiens déclarent une consommation de substances psychoactives au moins occasionnelle associée à au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois (28,6%).

Les élèves associant conduites de consommation et comportements antisociaux sont significativement plutôt des garçons (56% vs. 44% de filles) ($Khi^2 = 6,9$; ddl = 1 ; $p < .01$).

Pour une large majorité de ces collégiens associant comportements antisociaux et conduites de consommation, l'alcool est le produit le plus consommé occasionnellement (75,1%) et le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement (20,4%). Néanmoins, la polyconsommation occasionnelle reste finalement plus prévalente que les consommations régulières (23,5%), concernant surtout l'association tabac-alcool (71% des polyconsommateurs occasionnels) et tabac-alcool-cannabis (23,2% des polyconsommateurs occasionnels.

L'alcool est la substance psychoactive expérimentée le plus précocement (11,3 ans), suivi du tabac (12,2 ans) et du cannabis (13,1 ans).

Parmi les consommateurs de tabac adoptant des comportements antisociaux, les occasionnels sont 5,6% à présenter un risque de dépendance au Fagerström et 16,7% une perte de contrôle de leur consommation au HONC. Les consommateurs réguliers, quant à eux, sont 25% à présenter un risque de dépendance au Fagerström et 45% une perte de contrôle de leur consommation au HONC.

Parmi les consommateurs d'alcool adoptant des comportements antisociaux, les occasionnels sont 2,7% à présenter un risque de dépendance au Deta-Cage contre 7,5% des consommateurs réguliers.

Parmi les consommateurs de cannabis adoptant des comportements antisociaux, les occasionnels sont 25% à présenter un usage nocif et à risque de dépendance à l'Alac contre 28,6% des consommateurs réguliers.

Parmi ces adolescents consommateurs au moins occasionnels déclarant au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois, la forme mixte des comportements antisociaux est largement prédominante (73%).

Enfin, 67,1% de ces adolescents consommateurs antisociaux déclarent au moins trois comportements antisociaux sur les douze derniers mois, quasi-exclusivement de forme mixte (93,8% des collégiens déclarant au moins trois comportements antisociaux).

En résumé,

- 28,6% des collégiens, plutôt des garçons, déclarent une consommation de substances psychoactives au moins occasionnelle associée à au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois.

- Chez ces collégiens, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée occasionnellement et expérimentée le plus précocement (11,3 ans).

- La polyconsommation occasionnelle, notamment de tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis, est plus prévalente que les consommations régulières de tabac, alcool ou cannabis.

- Le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement.

- 67,1% des collégiens associant comportements antisociaux et conduites de consommation déclarent au moins trois comportements antisociaux sur les douze derniers mois.

- La forme mixte de comportements antisociaux (violents et non violents) est la plus prévalente.

- La consommation occasionnelle de substances psychoactives n'est pas exempte de risques de mésusage et de dépendance.

VII. Profils comportementaux

VII.1. Type de substances psychoactives et de comportements antisociaux

Tableau 11. Description des profils comportementaux en milieu scolaire.

COLLEGIENS N = 1023	**Cluster 1** N = 208	**Cluster 2** N = 126	**Cluster 3** N = 94	**Cluster 4** N = 144	**Cluster 5** N = 237	**Cluster 6** N = 113	**Cluster 7** N = 101	Khi² ddl = 6	Total
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)		
Effectif d'élèves déclarant									
Au moins un CA	0	**100 (126)**	**100 (94)**	54,9 (79)	**100 (237)**	**100 (113)**	**100 (101)**	**841*** **	73,3 (750)
Au moins une SPA	0	0	0	**100 (144)**	0	**100 (113)**	**100 (101)**	**1023*** **	35 (38)
Au moins un CA et une SPA	0	0	0	**54,9 (79)**	0	**100 (113)**	**100 (101)**	**148*** **	28,3 (289)
CA non violents [a]									
Ecole buissonnière	0	9 (11)	0	8 (12)	**18 (43)**	**35 (40)**	**38 (38)**	**148*** **	14 (141)
Fugue	0	2 (3)	0	5 (7)	**7 (17)**	**19 (22)**	**15 (15)**	**67*** **	6 (63)
Rester tard dehors la nuit	0	10 (13)	0	13 (19)	**29 (69)**	**59 (67)**	**54 (55)**	**265*** **	22 (221)
Mentir pour échapper à ses obligations	0	**86 (108)**	0	29 (42)	**84 (199)**	**80 (90)**	**86 (87)**	**592*** **	51 (526)
Voler sans affronter la victime	0	8 (10)	0	6 (9)	**23 (55)**	**39 (44)**	**33 (33)**	**159*** **	15 (150)
CA violents [a]									
Voler en affrontant la victime	0	0	**1 (9)**	0	**2 (5)**	0	**4 (4)**	**18** **	0,9 (9)
Destruction volontaire de biens appartenant à autrui	0	0	15 (14)	5 (7)	**35 (83)**	**37 (42)**	**35 (35)**	**188*** **	18 (182)
Utiliser un objet comme une arme	0	0	0	0	**10 (24)**	**20 (23)**	**26 (26)**	**128*** **	7 (72)
Cruauté envers une personne	0	0	**21 (20)**	4 (6)	**38 (90)**	**50 (56)**	**42 (42)**	**235*** **	21 (213)
Cruauté envers un animal	0	0	**20 (19)**	4 (6)	**13 (31)**	**18 (20)**	**25 (25)**	**89*** **	10 (101)
Commencer une bagarre	0	0	**55 (52)**	8 (12)	**56 (138)**	**64 (72)**	**71 (72)**	**399*** **	33 (341)
Menacer quelqu'un	0	0	7 (7)	1 (1)	**22 (52)**	**28 (32)**	**40 (40)**	**173*** **	13 (132)
Consommation actuelle [b]									
Tabac	0	0	0	24 (34)	0	0	**95 (96)**	**743*** **	13 (31)
Alcool	0	0	0	**92 (133)**	0	**100 (113)**	**71 (72)**	**879*** **	31 (318)
Cannabis	0	0	0	1,4 (2)	0	0	**38 (38)**	**340** **	4 (40)
Polyconsommation	0	0	0	17 (24)	0	0	**73 (74)**	**564*** **	10 (98)
Sexe									
Garçons	36,1 (75)	42,9 (54)	**64,9 (61)**	47,2 (68)	54 (128)	51,3 (58)	**61,4 (62)**	**34,3*** **	49,5 (506)
Filles	**63,9 (133)**	57,1 (72)	35,1 (33)	52,8 (76)	46 (109)	48,7 (55)	38,6 (39)		50,5 (517)
	M ET	M ET	M ET	M ET	M ET	M ET	M ET		
Age	12,3 10-16	**12,9** 10-16	12,4 10-15	**13,4** 10-16	**13,1** 10-16	**13,7** 10-16	**13,5** 10-16	F **27*** **	13

CA comportement antisocial. SPA substance psychoactive. [a] *au moins un CA sur les douze derniers mois.* [b] *au moins occasionnelle. *** p < .001 ** p < .01*

Les résultats de l'analyse en cluster révèle sept profils comportementaux selon le ou les de produits consommés et la forme clinique des comportements antisociaux déclarés.

- Aucune conduite de consommation et aucun comportement antisocial déclaré.

Le Cluster 1, représentant 20,3% des collégiens (N = 208), réunit des adolescents d'une moyenne d'âge de 12,3 ans ne déclarant aucune consommation de substances psychoactives et aucun comportement antisocial. Ce profil comportemental est significativement davantage féminin ($Khi^2 = 34,3$; ddl = 6 ; $p < .001$) et il regroupe les adolescents les plus jeunes (12,3 ans, F = 27 ; ddl = 6 ; $p < .001$).

- Adolescents antisociaux.

Les Cluster 2, Cluster 3 et Cluster 5, représentent respectivement 12,3% (N = 126), 9,2% (N = 94) et 23,1% (N = 237) des collégiens. Les adolescents de ces clusters rapportent des comportements antisociaux sans consommation de substances psychoactives.

Cependant, ces profils diffèrent quant à la forme clinique des comportements antisociaux déclarés. Ainsi, les adolescents du Cluster 3, d'une moyenne d'âge de 12,4 ans, déclarent exclusivement des comportements antisociaux violents. Ce profil est significativement davantage masculin ($Khi^2 = 34,3$; ddl = 6 ; $p < .001$) et regroupe les adolescents les plus jeunes (F = 27 ; ddl = 6 ; $p < .001$).

Les adolescents du Cluster 5, autant des garçons que des filles, d'une moyenne d'âge de 13,1 ans, déclarent des comportements antisociaux violents associés à des comportements antisociaux non violents alors que les adolescents du Cluster 2, autant de garçons que de filles, d'une moyenne d'âge de 12,9 ans, ont ceci de particulier de ne présenter que des comportements antisociaux non violents, majoritairement « mentir souvent pour échapper à ses obligations ». Ces deux clusters regroupent les adolescents parmi les plus âgés (F = 27 ; ddl = 6 ; $p < .001$).

- Adolescents consommateurs antisociaux.

Le Cluster 4, représentant 14% des collégiens (N = 144), réunit des adolescents, autant de garçons que de filles, d'une moyenne d'âge de 13,4 ans déclarant des conduites de consommation, surtout autour de l'alcool. Ils déclarent également pour la moitié (54,9%) des comportements antisociaux. Ce cluster regroupe les adolescents parmi les plus âgés ($F = 27$; $ddl = 6$; $p < .001$).

Enfin, les Cluster 6 et Cluster 7, représentant respectivement 11% (N = 113) et 9,9% (N = 101) des collégiens, réunissent des adolescents déclarant à la fois des comportements antisociaux et des conduites de consommation. Cependant, les collégiens du Cluster 6, d'une moyenne d'âge de 13,7 ans, autant des garçons que des filles, déclarent exclusivement consommer de l'alcool et l'ont expérimenté significativement plus tôt (11 ans) que les adolescents des Cluster 4 (11,5 ans) et Cluster 7 (11,8 ans) ($F = 3,5$; $ddl = 6$; $p < .01$).

Les adolescents du Cluster 7, d'une moyenne d'âge de 13,5 ans, déclarent associer leurs comportements antisociaux à une consommation de tabac mais majoritairement des polyconsommations (tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis). Ce dernier profil comportemental est significativement davantage masculin ($Khi^2 = 34,3$; $ddl = 6$; $p < .001$). Pour les adolescents de ce Cluster, le tabac est expérimenté de manière plus précoce (12,1 ans) que les adolescents du Cluster 4 (12,4 ans) ($F = 2,2$; $ddl = 6$; $p < .05$).

Ces deux clusters regroupent les adolescents parmi les plus âgés ($F = 27$; $ddl = 6$; $p < .001$).

VII.2. Sévérité des comportements.

Tableau 12. Sévérité de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux selon l'appartenance à un profil comportemental en milieu scolaire.

	Cluster 1 N = 208	**Cluster 2** N = 126	**Cluster 3** N = 94	**Cluster 4** N = 144	**Cluster 5** N = 237	**Cluster 6** N = 113	**Cluster 7** N = 101		
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	Khi² partiel	Khi² ddl = 6
Au moins 3 CA	0	0,8 (1)	1,1 (1)	8,3 (12)	**57,4 (136)**	**87,6 (77)**	**82,2 (83)**	6,7>5>2,3,4	**122*** **
	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	Tukey	F
Nombre moyen CA violents	0	0	1,2 (0,4) 1-3	0,2 (0,5) 0-2	1,7 (1) 1-6	2,2 (1,2) 1-6	**2,4 (1 ,5) 1-7**	7>6>5>3>4	**222*** **
Fréquence moyenne CA violents	0	0	2 (1,1) 1-5	1,2 (2) 0-9	3 (3) 1-20	4,1 (4) 1-23	**4,7 (4,1) 1-22**	7>6>5>3>4	**45*** **
Nombre moyen CA non violents	0	1,1 (0,4) 1-3	0	0,5 (0,9) 0-3	1,6 (0,9) 1-5	**2,3 (1,1) 1-5**	**2,2 (1) 1-5**	6,7>5 >2>4	**220*** **
Fréquence moyenne CA non violents	0	2 (1,1) 1-5	0	1,2 (2) 0-9	3,3 (3) 1-18	**4,8 (3,2) 1-20**	**4,8 (3,1) 1-14**	6,7>5 >2>4	**65*** **
Tabac	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	Khi² partiel	Khi² ddl = 12
Occasionnel	-	-	-	16 (23)	-	-	**43 (43)**	7 > 4	**757*** **
Régulier	-	-	-	8,3 (12)	-	-	**53 (53)**	7 > 4	
Alcool									
Occasionnel	-	-	-	**85 (123)**	-	**87 (98)**	56 (55)	4,5 > 7	**902*** **
Régulier	-	-	-	7 (10)	-	**13 (15)**	**16 (16)**	6,7 > 4	
Cannabis									
Occasionnel	-	-	-	1,4 (2)	-	-	**23 (23)**	7 > 4	**334*** **
Régulier	-	-	-	0	-	-	**15 (15)**	7 > 4	
Polyconso									
Occasionnel	-	-	-	16 (23)	-	-	**54,5 (55)**	7 > 4	**580*** **
Régulier	-	-	-	0,7 (1)	-	-	**18,8 (19)**	7 > 4	
Tabac	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	Khi² partiel	Khi² ddl = 6
Dépendance[a]	-	-	-	1,4 (2)	-	-	**18 (17)**	7 > 4	**146*** **
Perte contrôle[b]	-	-	-	6,3 (9)	-	-	**32 (31)**	7 > 4	**238*** **
Alcool									
A risque[c]	-	-	-	0,7 (1)	-	2,6 (3)	**6 (6)**	7 > 4	**36*** **
Cannabis									
Nocif/dépendance[d]	-	-	-	0	-	-	**10 (10)**		-

M moyenne. ET écart-type. CA comportements antisocial. [a] Fagerström. [b] Honc. [c] Deta-Cage. [d] Alac.
**** p < .001*

- Lien entre sévérité des comportements antisociaux et profils comportementaux.

Les adolescents consommateurs antisociaux des clusters 6 et 7 sont significativement plus nombreux que les autres adolescents à déclarer au moins trois comportements antisociaux sur les douze derniers mois comparés aux adolescents antisociaux des clusters 2, 3, 4 et 5.

Ils déclarent également des comportements antisociaux non violents significativement plus fréquents et plus nombreux sur les douze derniers mois comparés aux adolescents des clusters 2, 3, 4 et 5.

Cependant, ce sont les adolescents du cluster 7 qui déclarent les comportements antisociaux violents significativement les plus nombreux et les plus fréquents comparés à tous les autres adolescents.

- Lien entre sévérité de la consommation de substances psychoactives et profils comportementaux.

Les adolescents consommateurs antisociaux du cluster 7 sont significativement plus nombreux que les adolescents des Cluster 4 et 6 à déclarer une consommation régulière et parfois sévère d'alcool.

Ils sont également significativement plus nombreux que les adolescents du Cluster 4 à déclarer une consommation occasionnelle ou régulière et parfois sévère de tabac et de cannabis.

En résumé

◘ En milieu scolaire, l'analyse en clusters révèle que 20,3% des adolescents n'adoptent aucun comportement antisocial et aucune conduite de consommation (neutre), 44,7% adoptent des comportements antisociaux sans conduite de consommation (antisociaux), 14,1% consomment des substances psychoactives et peu ou pas de comportements antisociaux (consommateurs) et 20,9% associent comportements antisociaux et conduites de consommation (consommateurs antisociaux).

◘ Parmi ces adolescents, sept profils comportementaux se dessinent :

• Profil 1: Aucune conduite de consommation et aucun comportement antisocial (Neutre).

• Profil 2: Comportements antisociaux non violents neutres (Non violents neutres).

• Profil 3: Comportements antisociaux violents neutres (Violents neutres).

• Profil 4: Consommation d'alcool occasionnelle et comportements antisociaux faibles à nuls (Alcool occasion).

• Profil 5: Comportements antisociaux modérés (Antisociaux modérés).

• Profil 6: Consommation exclusive d'alcool occasionnelle et régulière et comportements antisociaux violents modérés et non violents sévères (Alcool/antisociaux sévères).

• Profil 7: Polyconsommation occasionnelle et régulière, consommation de tabac plutôt régulière et nocive et comportements antisociaux non violents sévères et violents très sévères (Poly-tabac régulier/antisociaux très sévères).

VII.3. Facteurs socio-démographiques associés

Les prévalences des différentes situations familiales (parents en couple/ séparés/divorcés/famille d'accueil) et d'appartenance à un établissement classé en zone d'éducation prioritaire ne sont pas significativement différentes entre chaque profil comportemental (Cf. annexe J et K).

Cependant, le taux de redoublement est significativement plus élevé dans les profils d'adolescents adoptant des comportements antisociaux modérés (23%), s'engageant dans une consommation d'alcool associée à des comportements antisociaux sévères (38%) et s'engageant dans une polyconsommation ou une consommation régulière de tabac associée à des comportements antisociaux très sévères (28%) ($Khi^2 = 39,8$; $ddl = 6$; $p < .001$)

(Cf. Annexe L). Les prévalences des différents niveaux scolaires sont également significativement différentes.

Tableau 13. Prévalence des différents niveaux scolaires selon chaque profil comportemental en milieu scolaire.

	Neutre N = 208	**Non violents neutres** N = 126	**Violents neutres** N = 94	**Alcool occasion** N = 144	**Antisociaux modérés** N = 237	**Alcool/ Antisociaux sévères** N = 113	**Poly-Tabac régulier/ Antisociaux très sévères** N = 101	Khi² ddl = 18
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	
6ème	**44,2 (92)**	23 (29)	**45,7 (43)**	18,8 (27)	21,5 (51)	11,5 (13)	16,8 (17)	
5ème	24,5 (51)	23,8 (30)	**25,5 (24)**	8,3 (12)	24,5 (58)	14,2 (16)	16,8 (17)	**138****
4ème	21,6 (45)	**32,5 (41)**	20,2 (19)	**42,4 (61)**	**30,4 (72)**	**37,2 (42)**	**31,7 (32)**	
3ème	9,6 (20)	**20,6 (26)**	8,5 (8)	**30,6 (44)**	**23,6 (56)**	**37,2(42)**	**34,7 (35)**	

*** p < .01*

Ces différences de prévalence corroborent les différences d'âge précédemment observées entre les différents profils comportementaux.

VII.4. Conduites à risques associées

De manière générale, la prise de risques en deux roues est la conduite à risques la plus prévalente en milieu scolaire (31,5%) suivie des sports à risques (17%), des jeux de défis (11,5%), des jeux d'agression (8,5%), des scarifications (3,5%) et des jeux de non-oxygénation (1,1%).

Tableau 14. Prévalence des conduites à risques par profil comportemental en milieu scolaire.

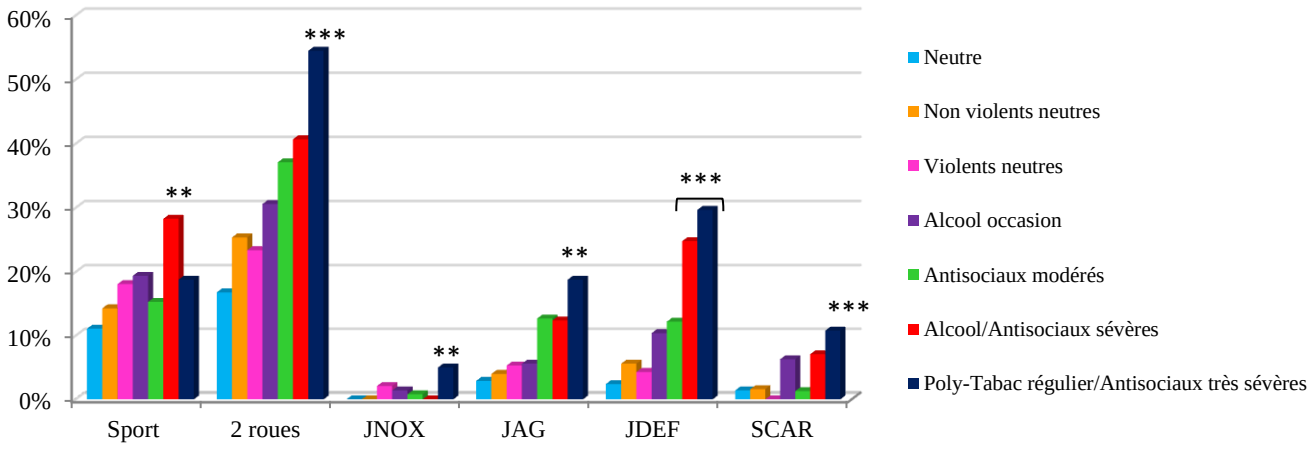
	Neutre N = 208	**Non violents neutres** N = 126	**Violents neutres** N = 94	**Alcool occasion** N = 144	**Antisociaux modérés** N = 237	**Alcool/ Antisociaux sévères** N = 113	**Poly-Tabac régulier/ Antisociaux très sévères** N = 101	Khi² ddl = 6	Total N = 1023
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)		% (N)
Sport à risques	11,1 (23)	14,3 (18)	18,1 (17)	19,4 (28)	15,3 (36)	**28,3 (32)**	18,8 (19)	**18****	17 (173)
Risques en deux roues	16,8 (35)	25,4 (32)	23,4 (22)	30,6 (44)	37,1 (88)	40,7 (46)	**54,5 (55)**	**59****	31,5 (322)
Jeu de non-oxygénation	0	0	2,1 (2)	1,4 (2)	0,8 (2)	0	**5 (5)**	**20***	1,1 (11)
Jeu d'agression	2,9 (6)	4 (5)	5,3 (5)	5,6 (8)	12,7 (30)	12,4 (14)	**18,8 (19)**	**36****	8,5 (87)
Jeu de défis	2,4 (5)	5,6 (7)	4,3 (4)	10,4 (15)	12,2 (29)	**24,8 (28)**	**29,7 (30)**	**79****	11,5 (118)
Scarification	1,4 (3)	1,6 (2)	0	6,3 (9)	1,3 (3)	7,1 (8)	**10,8 (11)**	**41****	3,5 (36)

** p < .05 ; ** p < .01*

Cependant, les polyconsommateurs/consommateurs réguliers de tabac adoptant des comportements antisociaux très sévères sont significativement plus nombreux que les autres à : prendre des risques en deux roues (54,5%, Khi² = 59 ; ddl = 6 ; p < .001), jouer à des jeux de non-oxygénation (5%, Khi² = 20 ; ddl = 6 ; p < .01) ; jouer à des jeux d'agression (18,8%, Khi² = 36 ; ddl = 6 ; p < .001) ; jouer à des jeux de défis (29,7%, Khi² = 79 ; ddl = 6 ; p < .001) et à se scarifier (10,8%, Khi² = 41 ; ddl = 6 ; p < .001).

Les consommateurs d'alcool adoptant des comportements antisociaux sévères sont quant à eux significativement les plus nombreux à pratiquer des sports à risques (Khi² = 18 ; ddl = 6 ; p < .007) et jouer à des jeux de défis (Khi² = 79 ; ddl = 6 ; p > .001).

Figure 16. Prévalence des conduites à risques par profil comportemental en milieu scolaire



JNOX : Jeu de non oxygénation, JAG : Jeu d'agression, JDEF : Jeu de défis, SCAR : Scarification
*** p < .01, *** p < .001*

VIII. Résultats inférentiels

VIII.1. Symptômes psychopathologiques

Précisons que :
- Seuls 373 élèves ont été intégralement évalués par leurs parents et par leurs enseignants et ont rempli les questionnaires évaluant leurs symptomatologies anxieuse et dépressive,
- 8 variables psychopathologiques comprennent trop de variables aberrantes pour être incluses dans le modèle : Agressivité physique envers soi et envers autrui évaluées par les parents, et symptômes d'opposition, d'hyperactivité, d'index TDAH, d'agressivité verbale, d'agressivité physique envers soi et envers autrui évalués par les enseignants (Cf. Annexe M).

Ainsi, l'analyse des facteurs de vulnérabilité psychopathologiques n'a porté que sur une partie des variables évaluées et une partie des élèves de chaque profil comportemental (entre 28% et 46%). Cependant, dans chaque profil comportemental, les collégiens retenus pour l'analyse des facteurs de vulnérabilité psychopathologiques ne se différencient pas significativement des élèves non retenus, sur les variables constitutives des profils (nombre et fréquence des comportements antisociaux, prévalence des consommateurs occasionnels et réguliers).

Tableau 15. Facteurs psychopathologiques impliqués dans l'appartenance à chaque profil comportemental en milieu scolaire.

	Non violents neutres N = 35/126 soit 28%	**Violents neutres** N = 39/94 soit 41,5%	**Alcool occasion** N = 66/144 soit 46%	**Antisociaux modérés** N = 67/237 soit 28,3%	**Alcool/ Antisociaux sévères** N = 46/113 soit 40,7%	**Poly-Tabac régulier/ Antisociaux très sévères** N = 41/101 soit 40,6%	R^2 ddl = 6
Facteurs socio-démographiques	OR	OR	OR	OR	OR	OR	
Garçon (référence)	ns	**3,45****	ns	**3,38****	**2,65*****	**2,32***	
Age	**1,41***	ns	**1,74*****	**1,39***	ns	**2,38*****	
Symptômes internalisés							
Dépression	**1,63***	ns	ns	**1,46***	**1,61***	**3,20*****	
Symptômes externalisés							**0,287*****
OAS Parents							
Ag. objet	ns	ns	ns	**2,10***	ns	ns	

Variables exclues : Anxiété, Symptômes externalisés (parents) : Opposition, Inattention, Hyperactivité, Index TDAH, Ag. verbale, Symptômes externalisés (enseignants) : Inattention.

** p < .05 ; ** p < .01 ; *** p < .001 ; ns non significatif*

Dans la procédure d'analyse de régression logistique multinomiale, la modalité de référence choisie est le profil d'adolescents « neutre » (N = 79/208 soit 38% des adolescents de ce

profil). L'âge et le sexe sont introduits dans le modèle d'analyse afin de contrôler leur influence.

Ainsi, dans un modèle d'analyse intégrant l'âge, le sexe, les symptômes dépressifs et anxieux, les symptômes d'opposition, d'inattention, d'index TDAH, d'agressivité physique envers les objets évalués par les parents et les symptômes d'inattention et d'agressivité verbale évalués par les enseignants, les symptômes dépressifs et les symptômes d'agressivité envers les objets évalués par les parents sont les variables psychopathologiques qui discriminent le mieux les différents profils comportementaux, compte-tenu de l'influence du sexe et de l'âge. Ce modèle explique significativement 28,7% de l'appartenance à l'un des profils comportementaux en référence au profil « neutre » ($R^2 = 0,287$; ddl = 6 ; $p < .001$).

Ainsi, les adolescents présentant une symptomatologie dépressive élevée sont significativement plus à risques que les adolescents du profil « neutre », d'adopter des comportements antisociaux non violents neutres (OR = 1,63 ; $p < .05$), de s'engager dans une consommation d'alcool associée à des comportements antisociaux sévères (OR = 1,61 ; $p < .05$) et de s'engager dans une polyconsommation/consommation régulière de tabac associée à des comportements antisociaux très sévères (OR = 3,20 ; $p < .001$).

Les adolescents présentant une symptomatologie dépressive élevée (OR = 1,46 ; $p < .05$) et des symptômes d'agressivité physique envers les objets évalués comme élevés par leurs parents (OR = 2,10 ; $p < .05$) sont significativement plus à risques que les adolescents du profil « neutre », d'adopter des comportements antisociaux modérés.

VIII.2. Personnalité

Précisons que :
- 1006 élèves n'ont pas rempli l'intégralité du JTCI,
- 12 de ces élèves présentent une valeur aberrante sur les variables de personnalité : évitement de la douleur, dépendance à la récompense, persistance, coopération ou transcendance et ont été supprimés de l'analyse (Cf. Annexe N).

Ainsi, l'analyse des facteurs de personnalité n'a porté que sur une partie des élèves de chaque profil comportemental (entre 94% et 99%). Cependant, dans chaque profil comportemental,

les collégiens retenus pour l'analyse des facteurs de vulnérabilité psychopathologiques ne se différencient pas significativement des élèves non retenus sur les variables constitutives des profils (nombre et fréquence des comportements antisociaux, prévalence des consommateurs occasionnels et réguliers).

Dans la procédure d'analyse de régression logistique multinomiale, la modalité de référence choisie est le profil d'adolescents « neutre » (N = 203/208 soit 97,6% des adolescents de ce profil). L'âge et le sexe sont introduits dans le modèle d'analyse afin de contrôler leur influence.

Tableau 16. Dimensions de personnalité impliquées dans l'appartenance à chaque profil comportemental en milieu scolaire.

	Non violents neutres N = 123/126 Soit 97,6%	**Violents neutres** N = 93/94 soit 97,6%	**Alcool occasion** N = 141/144 soit 97,9%	**Antisociaux modérés** N = 230/237 soit 97%	**Alcool/ Antisociaux sévères** N = 109/113 soit 96,5%	**Poly-Tabac régulier/ Antisociaux très sévères** N = 95/101 soit 94%	R^2 ddl = 6
Facteurs socio-démographiques	OR	OR	OR	OR	OR	OR	
Garçon (référence)	ns	**3,31*****	**1,88****	**2,26*****	**2,02****	**2,67*****	
Age	**1,45*****	ns	**1,89*****	**1,50*****	**2,26*****	**1,84*****	
Tempérament							
Recherche de nouveauté	**1,47***	ns	**2,05*****	**2,34*****	**2,73*****	**5,51*****	**0,285*****
Caractère							
Coopération	ns	**0,63***	ns	**0,61****	**0,48****	**0,39*****	

Variables exclues : Evitement de la douleur, dépendance à la récompense, persistance, auto-détermination, transcendance

** p < .05 ; ** p < .01 ; *** p < .001 ; ns non significatif ; ns non significatif*

Dans le modèle d'analyse intégrant l'âge, le sexe, les dimensions tempéramentales de recherche de nouveauté, évitement de la douleur, dépendance à la récompense et persistance et les dimensions de caractère : auto-détermination, coopération et transcendance, la recherche de nouveauté et la coopération sont les variables de personnalité qui discriminent le mieux les différents profils comportementaux, compte-tenu de l'influence du sexe et de l'âge. Ce modèle explique significativement 28,5% de l'appartenance à l'un des profils comportementaux en référence au profil « neutre » ($R^2 = 0,285$; ddl = 6 ; $p < .001$).

Ainsi, les adolescents présentant une forte recherche de nouveauté sont significativement plus à risque que les adolescents du profil « neutre », d'adopter des comportements antisociaux non violents neutres (OR = 1,47 ; $p < .05$) et de s'engager dans une consommation occasionnelle d'alcool (OR = 2,05 ; $p < .001$).

Les adolescents présentant une faible coopération sont significativement plus à risque que les adolescents du profil « neutre », d'adopter des comportements antisociaux violents neutres (OR = 0,63 ; p < .05).

Les adolescents présentant une recherche de nouveauté élevée et une faible coopération sont significativement plus à risques que les adolescents du profil « neutre », d'adopter des comportements antisociaux modérés (recherche de nouveauté : OR = 2,34 ; p < .001 ; coopération = 0,61 ; p < .01), de s'engager dans une consommation d'alcool associée à des comportements antisociaux sévères (recherche de nouveauté : OR = 2,73 ; p < .001 ; coopération = 0,48 ; p < .01) et de s'engager dans une polyconsommation/consommation régulière de tabac associée à des comportements antisociaux très sévères (recherche de nouveauté : OR = 5,51 ; p < .001 ; coopération = 0,39 ; p < .001).

VIII.3. Stress-coping

Précisons que :
- 954 élèves ont rempli l'intégralité des questionnaires PQ et CASQ.

Ainsi, l'analyse des facteurs de stress-coping n'a porté que sur une partie des élèves de chaque profil comportemental (entre 89,1% et 96,5%). Cependant, dans chaque profil comportemental, les collégiens retenus pour l'analyse des facteurs de vulnérabilité stress-coping ne se différencient pas significativement des élèves non retenus sur les variables constitutives des profils (nombre et fréquence des comportements antisociaux, prévalence des consommateurs occasionnels et réguliers).

Dans la procédure d'analyse de régression logistique multinomiale, la modalité de référence choisie est le profil d'adolescents « neutre » (N = 195/208 soit 94% des adolescents de ce profil). L'âge et le sexe sont introduits dans le modèle d'analyse afin de contrôler leur influence.

Dans un modèle d'analyse intégrant le stress perçu vis-à-vis de l'école, des pairs, des loisirs, du sexe opposé, de soi, de l'avenir, des parents, les stratégies de coping actif, interne et retrait utilisées dans le domaine de l'école, de l'avenir, des relations aux parents et aux pairs, le stress perçu dans les domaines de l'école, des pairs, des loisirs, du sexe opposé et les

stratégies de coping actif, interne, retrait dans le domaine de l'école sont les variables de stress-coping qui discriminent le mieux les différents profils comportementaux, compte-tenu de l'influence du sexe et de l'âge. Ce modèle explique significativement 24,3% de l'appartenance à l'un des profils comportementaux en référence au profil neutre.

Tableau 17. Dimensions de stress perçu et stratégies de coping impliquées dans l'appartenance à chaque profil comportemental en milieu scolaire.

	Non violents neutres N = 118/126 soit 94%	**Violents neutres** N = 87/94 soit 93%	**Alcool occasion** N = 139/144 soit 96,5%	**Antisociaux modérés** N = 218/237 soit 92%	**Alcool/ Antisociaux sévères** N = 107/113 soit 95%	**Poly-Tabac régulier/ Antisociaux très sévères** N = 90/101 soit 89,1%	R^2 ddl = 6
Facteurs socio-démographiques	OR	OR	OR	OR	OR	OR	
Garçon (référence)	ns	ns	**1,68***	**2,15*****	**2,05****	**3,23*****	
Age	**1,52****	ns	**1,94*****	**1,62*****	**2,36*****	**1,97*****	
Stress perçu							
Ecole	ns	ns	ns	ns	ns	**3,27**^{t}	
Pairs	ns	ns	ns	ns	ns	**0,12****	
Loisirs	ns	ns	ns	ns	**4,55***	ns	
Opposé	ns	ns	ns	ns	ns	**4***	
Stratégies de coping actif							
Ecole	**0,62***	ns	ns	ns	**0,49****	**0,47****	**0,243*****
Stratégies de coping interne							
Ecole	ns	**0,62**^{t}	ns	ns	ns	**0,64**^{t}	
Stratégies de coping retrait							
Ecole	ns	ns	ns	**1,39***	**1,52***	**2,08****	

Variables exclues :stress parents, soi, avenir, coping actif/ futur, parents, pairs, coping interne/ parents, pairs, futur, coping retrait/futur, parents, pairs

** p < .05 ; ** p < .01 ; *** p < .001 ; t tendanciel ; ns non significatif*

Cependant, le stress perçu vis-à-vis de l'école et les stratégies de coping interne utilisées dans le domaine de l'école ont une significativité tendancielle.

Ainsi, les adolescents adoptant peu de stratégies de coping centrées sur le problème pour faire face à leurs difficultés scolaires sont significativement plus à risques que les adolescents du profil « neutre », d'adopter des comportements antisociaux non violents neutres (OR = 0,62 ; $p < .05$).

Les adolescents adoptant peu de stratégies de coping centrées sur la réflexion, les concessions pour faire face à leurs difficultés scolaires sont tendanciellement plus à risques que les adolescents du profil « neutre », d'adopter des comportements antisociaux violents neutres (OR = 0,62 ; $p < .10$).

Les adolescents qui utilisent beaucoup de stratégies de coping centrées sur l'émotion et l'évitement pour faire face à leurs difficultés scolaires sont significativement plus à risques que les adolescents du profil « neutre », d'adopter des comportements antisociaux modérés (stress/loisirs : OR = 2,53 ; $p < .10$; coping retrait/école : OR = 1,39 ; $p < .05$).

Les adolescents qui perçoivent un stress important vis-à-vis de leurs loisirs, qui utilisent peu de stratégies de coping centrées sur le problème pour faire face à leurs difficultés scolaires et beaucoup de stratégies de coping centrées sur l'émotion et l'évitement pour faire face à leurs difficultés scolaires sont significativement plus à risque que les adolescents du profil « neutre », de s'engager dans une consommation d'alcool associée à des comportements antisociaux sévères (stress/loisirs : OR = 4,55 ; $p < .05$; coping actif/école : OR = 0,49 ; $p < .01$; coping retrait/école : OR = 1,52 ; $p < .05$).

Enfin, les adolescents peu stressés par leurs relations aux pairs mais qui perçoivent un stress important vis-à-vis de l'école, de la relation au sexe opposé et qui adoptent peu de stratégies de coping centrées sur le problème ou sur la réflexion et beaucoup de stratégies de coping centrées sur l'émotion et l'évitement pour faire face aux difficultés liés à leur scolarité sont significativement plus à risques que les adolescents du profil « neutre », de s'engager dans une polyconsommation/consommation régulière de tabac associée à des comportements antisociaux très sévères (stress/pairs : OR = 0,12 ; $p < .01$; stress/école : OR = 3,27 ; $p < .10$; stress/sexe opposé : OR = 4 ; $p < .05$; coping actif/école : OR = 0,47 ; $p < .01$; coping interne/école : OR = 0,64 ; $p < .10$; coping retrait/école : OR = 2,08 ; $p < .01$).

IX. Discussion des résultats.

IX.1. Prévalence de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux

Le premier objectif spécifique de cette étude était d'observer la prévalence des conduites de consommation, des comportements antisociaux et de leur co-occurrence.

IX.1.1. Consommation de substances psychoactives

Dans cette étude en milieu scolaire, 34,9% des collégiens consomment une substance psychoactive au moins occasionnellement. La prévalence des conduites de consommation régulières semble correspondre aux enquêtes nationales récentes ayant investigué cette consommation chez les collégiens. Ainsi, dans cet échantillon, 6,3% des collégiens consomment régulièrement du tabac contre 6,75% dans l'enquête HBSC 2010 ; 4% consomment régulièrement de l'alcool contre 2% dans cette même enquête ; et 1,4% consomment régulièrement du cannabis contre 0,5% des collégiens de l'enquête HBSC 2010.

La prévalence de la consommation de substances psychoactives dépend des produits consommés et de la modalité d'usage. Ainsi, le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement. La prise en compte des consommations à la fois occasionnelles et régulières permet de remarquer que la polyconsommation occasionnelle (surtout tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis) et la consommation occasionnelle d'alcool semble prendre une place importante dans la vie des collégiens, alors que les consommations régulières restent marginales.

L'alcool est donc la substance le plus consommée occasionnellement par les collégiens, soit seule, soit associée à une consommation occasionnelle de tabac et/ou de cannabis. Il s'agit également de la substance psychoactive expérimentée le plus précocement (11,4 ans), conformément aux études de prévalence nationale repérant que la rencontre avec l'alcool se ferait avant 11 ans (ESPAD 2003, HBSC 2006, 2010).

Contrairement à ce qui est annoncé dans les précédentes études de prévalence, la consommation de substance psychoactive, quelle que soit la substance considérée et quelle qu'en soit la modalité d'usage, ne concerne pas plus les garçons que les filles. Cependant, dans notre échantillon, la prévalence de la consommation régulière de substances psychoactives reste moins élevée que celle des enquêtes épidémiologiques nationales, ne permettant peut-être pas de distinguer une différence de prévalence entre garçons et filles.

La prévalence de la consommation régulière de tabac, en revanche, semble être très proche de celle des enquêtes épidémiologiques. Le fait que nous n'obtenions pas, là non plus, de différence significative de prévalence entre garçons et filles pourrait être mis en lien avec le fait qu'en 2006, selon l'enquête HBSC (2006), la consommation régulière de tabac tendait à se féminiser depuis 1996 (Legleye, et al., 2008).

Enfin, il semble qu'une consommation occasionnelle de substances psychoactives ne soit pas nécessairement exempte de risques de mésusage ou de dépendance. Les différentes modalités de consommation communément admises ne suffiraient donc pas à indiquer une consommation nocive chez les collégiens.

IX.1.2. Comportements antisociaux

Dans cette étude, 73,4% des collégiens déclarent au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois. La prévalence moyenne des comportements antisociaux dans cette étude est largement plus élevée que dans les quelques études françaises recensées dans la revue de la littérature. Cependant, cette prévalence est une prévalence relatant l'engagement dans au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois parmi douze comportements antisociaux, alors que les études précédemment publiées se sont intéressées à un seul de ces comportements (destruction de biens, bagarre, vol).

Lorsque l'on observe la prévalence spécifique de chacun des comportements, nous retrouvons quasiment les mêmes taux de prévalences. Par exemple, la destruction de biens concerne 17,3% des adolescents de 11-15 ans dans l'étude ESPAD 2003. Dans notre étude, elle concerne 17,8% des collégiens. Les vols concernent, dans l'étude ESPAD 2003, 23% des

adolescents de 11-15 ans. Dans cette étude, les vols sans affronter la victime concerne 14,6% des collégiens.

Cette étude souligne que les garçons sont plus susceptibles que les filles d'adopter au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois. Ces résultats confirment les études selon lesquelles les garçons sont plus susceptibles que les filles de s'engager dans des comportements antisociaux à l'adolescence (Broidy, et al., 2003; Côté, Tremblay, Nagin, Zoccolillo, & Vitaro, 2002a; Moffit, Caspi, Rutter, & Silva, 2001).

De manière générale, dans cette étude, la forme mixte des comportements antisociaux (non violents et violents) est la plus prévalente confirmant l'idée selon laquelle les deux formes cliniques des comportements antisociaux sont modérément corrélées (Burt, et al., 2011).

Enfin, 44,1% des adolescents déclarant au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois, en déclarent au moins trois. Lorsqu'au moins trois comportements antisociaux sont déclarés, il s'agit quasi-exclusivement de comportements antisociaux des deux formes cliniques. Il y aurait donc un lien entre la forme mixte des comportements antisociaux et la multiplication de ces comportements.

IX.1.3. Consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux

La prévalence des adolescents consommateurs de substances psychoactives adoptant également des comportements antisociaux s'élève, dans cette étude, à 28,6% et concerne plutôt les garçons (56% vs. 44% de filles). Chez ces adolescents, la polyconsommation occasionnelle (surtout tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis) et la consommation occasionnelle d'alcool sont les plus prévalentes.

Malgré que les consommations régulières restent marginales, le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement. Enfin, chez les collégiens associant comportements antisociaux et conduites de consommation, l'alcool est la substance psychoactive expérimentée le plus précocement (11,3 ans) et la forme mixte des comportements antisociaux est la plus prévalente.

Parmi les adolescents associant au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois et au moins une consommation occasionnelle de substance psychoactive, 67,1% déclarent au moins trois comportements antisociaux contre 32,4% lorsque la présence d'une consommation de substance psychoactive n'est pas contrôlée. De plus, si la forme mixte des comportements antisociaux (non violents et violents) paraît dominante lorsque la présence d'une consommation de substance psychoactive n'est pas contrôlée, cette prédominance augmente largement chez les adolescents associant conduites de consommation et comportements antisociaux. Il y aurait donc un lien entre la forme mixte des comportements antisociaux, leur multiplication et leur association avec des conduites de consommation. La multiplication des comportements antisociaux pouvant être considérée comme un des indicateurs de sévérité de ces comportements, et compte tenu du fait que cette sévérité est étroitement liée à l'adoption et la sévérité des conduites de consommation (Best, et al., 2006; Garcia, et al., 2008; Verdurmen, et al., 2005), il semble, qu'en termes de prévention des conduites de consommation chez les adolescents, la prévention des comportements antisociaux tant violents que non violents soit pertinente.

Enfin, parmi ces adolescents associant au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois et au moins une consommation occasionnelle de substance psychoactive, 13,7% déclarent une consommation régulière d'alcool contre 11,4% lorsque la présence de comportements antisociaux n'est pas contrôlée ; 20,4% déclarent une consommation régulière de tabac contre 18,1% lorsque la présence de comportements antisociaux n'est pas contrôlée ; 4,8% déclarent une consommation régulière de cannabis contre 3,9% lorsque la présence de comportements antisociaux n'est pas contrôlée et 6,8% déclarent une polyconsommation régulière contre 5,6% lorsque la présence de comportements antisociaux n'est pas contrôlée.

De la même manière, parmi ces adolescents associant au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois et au moins une consommation occasionnelle de substance psychoactive, 67,1% déclarent au moins trois comportements antisociaux contre 44,1% lorsque la présence de conduites de consommation n'est pas contrôlée.

De manière générale, la prévalence des consommations régulières et la sévérité des comportements antisociaux sont plus importantes lorsque l'on contrôle la co-présence de comportements antisociaux et de conduites de consommation. Ces observations confirment

l'idée d'une influence bi-directionnelle entre ces deux comportements (Cohen-Salmon, et al., 2005; D'Amico, et al., 2008; Doherty, et al., 2008; Marmorstein, Iacono, & Malone, 2010; Mason & Windle, 2002) et suggèrent qu'une prévention de la consommation de substances psychoactives à l'adolescence se doit de passer par la prise en compte des comportements antisociaux.

En résumé

◘ L'alcool est la substance psychoactive expérimentée le plus précocement. La consommation occasionnelle d'alcool et la polyconsommation occasionnelle tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis sont les plus prévalentes chez les adolescents en milieu scolaire et le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement. Néanmoins, les différentes modalités de consommation communément admises ne suffiraient pas à indiquer une consommation nocive chez les collégiens. Une consommation occasionnelle de substance psychoactive n'est en effet pas exempte d'être une consommation nocive ou à risques de dépendance.

◘ La forme mixte des comportements antisociaux (non violents et violents) est la plus prévalente confirmant l'idée selon laquelle les deux formes cliniques des comportements antisociaux sont corrélées, notamment à l'adolescence.

◘ Il y aurait un lien entre la forme mixte des comportements antisociaux, leur multiplication et leur association avec des conduites de consommation.

◘ Les garçons sont plus vulnérables à l'engagement dans des comportements antisociaux, notamment violents et à l'association entre conduites de consommation et comportements antisociaux. Néanmoins, l'analyse des profils comportementaux semble préciser que cela dépend des types de produits consommés et de la forme clinique des comportements antisociaux. Nous préciserons cela plus tard.

◘ Lorsque la co-présence de conduites de consommation et de comportements antisociaux est contrôlée, les comportements antisociaux semblent plus nombreux, la forme mixte plus dominante et la prévalence des conduites de consommation régulières plus importante.

Ce premier état des lieux de la prévalence de la consommation de substances psychoactives, des comportements antisociaux et de leur co-occurrence permet d'observer que tous les collégiens n'associent pas nécessairement conduite de consommation et comportements antisociaux. Ainsi, 34,9% des collégiens déclarent consommer au moins une substance psychoactive au moins occasionnellement, 73,4% déclarent au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois et 28,6% déclarent associer ces deux conduites. Certains collégiens s'engageraient donc exclusivement dans des conduites de consommation ou exclusivement dans des comportements antisociaux et d'autres associeraient ces deux comportements.

De plus, dans cette association entre consommation au moins occasionnelle de substances psychoactives et comportements antisociaux, il semble que la consommation occasionnelle d'alcool, la polyconsommation occasionnelle, la consommation régulière de tabac et la forme mixte des comportements antisociaux soient les plus impliquées. L'analyse en cluster révèle en effet différents profils comportementaux au sein de cette association entre consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux selon le type de substance psychoactive consommée et la forme clinique des comportements antisociaux.

IX.2. Profils comportementaux.

Rappelons que le second objectif de cette étude était de décrire précisément les différents profils comportementaux des collégiens en fonction du type de produit consommé et de la forme clinique des comportements antisociaux puis d'identifier les facteurs socio-démographiques et les conduites à risques associés à ces profils.

Selon l'hypothèse 2. a) l'analyse en cluster révèlera différents profils comportementaux selon la forme clinique des comportements antisociaux et le type de produit consommé dont au moins un profil d'adolescents peu ou pas consommateurs et adoptant peu ou pas de comportements antisociaux (neutre), un profil de consommateurs (consommateurs), un profil d'adolescents adoptant des comportements antisociaux (antisociaux) et un profil de consommateurs antisociaux (consommateurs antisociaux).

Cette hypothèse est validée. L'analyse des profils comportementaux permet de repérer un profil neutre n'adoptant aucun comportement antisocial ni aucune conduite de consommation,

un profil de consommateurs, des profils d'adolescents adoptant des comportements antisociaux et des profils d'adolescents consommateurs antisociaux. Cependant, ces différents profils se subdivisent en sept profils comportementaux selon le type de substances psychoactives consommées et la forme clinique des comportements antisociaux déclarés.

Profil Neutre
Aucune consommation de substances psychoactives et aucun comportement antisocial

- Profil plutôt féminin
- Adolescents parmi les plus jeunes (12,3 ans)
- Plutôt en 6ème

Ce profil d'adolescents ne déclare aucun comportement antisocial et aucune conduite de consommation et concerne 20,3% des collégiens. La description de ce profil est assez brève. En effet, ce sont les collégiens parmi les plus jeunes (12,3 ans), surtout en 6ème et plutôt des filles.

Rappelons deux faits : 1) Les comportements antisociaux violents sont présents dès l'enfance, surtout chez les garçons, puis déclinent à l'adolescence et les comportements antisociaux non violents débutent au cours de l'adolescence (Burt, 2012; Hirschi & Gottfredson, 1983; Moffitt, 1993; Tremblay, et al., 2004) et 2) Les conduites de consommation débutent également à l'adolescence (Barnes, et al., 2005; Michel, et al., 2006). Nous pourrions donc suggérer que le jeune âge de ces adolescents et la prépondérance des filles expliquent qu'ils ne déclarent pas de comportements antisociaux violents et n'aient pas encore fait l'expérience de comportements antisociaux non violents et de conduites de consommation.

Profil Violents neutres
Comportements antisociaux exclusivement violents et non sévères

- Plus de garçons que de filles
- Adolescents parmi les plus jeunes (12,4 ans)
- Plutôt en 6ème et 5ème

Ce profil d'adolescents représente 9,2% des adolescents, soit environ un collégien sur 10. Il concerne surtout les garçons et les adolescents parmi les plus jeunes (12,4 ans). Les comportements violents les plus déclarés, pour ce profil, sont surtout des bagarres puis des actes de cruauté envers les personnes et les animaux.

La prépondérance des garçons et les manifestations violentes préférentiellement déclarées relevant de conduites agressives dans lesquelles des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique (American Psychiatric Association, 2000) peuvent être mis en lien avec le consensus selon lequel les garçons sont plus susceptibles que les filles de s'engager dans des comportements d'agression. Ce profil pourrait corroborer la littérature selon laquelle, dans leur développement, les filles ont davantage de facilité à trouver des alternatives à leurs comportements d'agression physique lors des premières années de vie (Archer & Côté, 2005; Vaillancourt, 2005).

Ce profil d'adolescents permet donc de souligner que les comportements violents, notamment d'agression physique, lorsqu'ils ne sont pas sévères, feraient partie du développement normal des jeunes adolescents garçons.

Ce profil comportemental pourrait alors être le pendant masculin du profil précédent, plutôt féminin, n'adoptant aucun comportement antisocial et aucune conduite de consommation, le jeune âge de ces adolescents pouvant également expliquer qu'ils n'aient pas encore fait l'expérience de comportements antisociaux non violents et de conduites de consommation.

Profil Non violents neutres
Comportements antisociaux exclusivement non violents et non sévères

- Autant de garçons que de filles
- Adolescents parmi les plus âgés (12,9 ans)
- Plutôt en 4ème et 3ème

Ce profil d'adolescents représente 12,3% des collégiens. Il concerne les adolescents parmi les plus âgés (12,9 ans). Il n'est pas l'indicateur d'une sévérité des comportements antisociaux, et est surtout caractérisé par des mensonges répétés pour échapper à ses obligations.

Il pourrait s'agir de ce que certains auteurs nomment le mensonge utilitaire : mentir pour en retirer un avantage ou s'éviter un désagrément. Il s'agit d'une conduite banale dans le développement de l'enfant et de l'adolescent (Aubron, Purper-Ouakil, & Michel, 2007). Cette étude confirme en effet, au travers d'une approche par profils comportementaux, que le mensonge utilitaire et les comportements antisociaux exclusivement non violents, de manière générale, ne sont pas nécessairement le marqueur de difficultés antisociales sévères.

Profil Antisociaux modérés
Comportements antisociaux non violents et violents modérés

- Autant de garçons que de filles
- Adolescents les plus âgés (13,1 ans)
- Plutôt en 4ème et 3ème

Ce profil d'adolescents adoptant des comportements antisociaux à la fois violents et non violents modérés est le profil le plus représenté dans cette population de collégiens. Il concerne en effet 23,2% des adolescents, autant des garçons que des filles. Ce sont plutôt des adolescents parmi les plus âges (13,1 ans), en fin de collège (4ème, 3ème) qui, pour autant, n'ont pas rencontré de substances psychoactives dans leur trajectoire développementale.

Il est surprenant dans ce profil de retrouver autant de garçons que de filles alors que ces adolescents adoptent à la fois des comportements non violents (concernant tant les garçons que les filles selon cette étude et les enquêtes épidémiologiques nationales) et violents (censés concerner davantage les garçons).

L'analyse en cluster suggèrerait donc que la prépondérance des garçons chez les adolescents adoptant des comportements antisociaux violents, soulignée dans les différentes recherches et enquêtes épidémiologiques serait un artefact dû au fait de ne pas contrôler la co-présence de comportements antisociaux non violents. En effet, dans cette étude, les garçons sont effectivement plus nombreux que les filles à adopter des comportements antisociaux de forme violente mais uniquement lorsque ceux-ci sont exclusifs (Cf. profil Violents neutres).

Néanmoins, il se trouve que la question de la spécificité du genre selon la forme clinique des comportements antisociaux fait débat. Ainsi, certaines études montrent que les comportements antisociaux violents et non violents ne sont pas spécifiques aux garçons ou aux filles (Bongers, Koot, van der Ende, & Verhulst, 2004; Li & Lee, 2010) alors que d'autres spécifient que les comportements violents concernent plutôt les garçons (Broidy, et al., 2003; Côté, et al., 2002a; Van Lier, Vitaro, Barker, Koot, & Tremblay, 2009).

Une autre explication, que l'analyse en cluster de cette étude corrobore également avec le profil « Poly-Tabac régulier/Antisociaux très sévères » (décrit plus loin), peut également être proposée. Ainsi, l'étude de Van Lier et al. (2009) montre que les garçons seraient davantage impliqués dans les trajectoires sévères de comportements antisociaux violents. La spécificité masculine des comportements antisociaux violents à l'adolescence serait donc dépendante, soit du fait que ceux-ci soit exclusifs, soit du fait qu'ils soient sévères.

Ce profil comportemental suggère également que la forme mixte des comportements antisociaux (violents et non violents) serait associée à une plus grande sévérité des comportements antisociaux (nombre et fréquence) que lorsque ces formes cliniques sont exclusives.

Enfin, ce profil comportemental souligne que malgré une littérature prolifique sur le lien étroit entre comportements antisociaux et conduites de consommation, cela ne soit pas le cas de tous les adolescents.

En résumé

◘ Les adolescents adoptant des comportements antisociaux sans conduites de consommation représentent environ 45% des adolescents de cette étude, mais se déclinent sous trois profils comportementaux : 1) des adolescents adoptant des comportements antisociaux exclusivement non violents et non sévères, 2) des adolescents adoptant des comportements antisociaux exclusivement violents et non sévères et 3) des adolescents adoptant des comportements antisociaux à la fois violents et non violents modérément sévères.

◘ Les deux premiers profils d'adolescents antisociaux permettent de dire que les formes exclusivement non violentes et exclusivement violentes des comportements antisociaux ne seraient pas associées à une sévérité de ces comportements. Ainsi, des comportements antisociaux exclusivement violents (d'agression physique) feraient partie du développement normal des jeunes adolescents garçons et des comportements antisociaux exclusivement non violents (transgressifs), notamment des mensonges répétés pour échapper à ses obligations, pourraient représenter ce que certains auteurs nomment le « mensonge utilitaire ». En revanche, la forme mixte des comportements antisociaux (à la fois violents et non violents) serait associée à une augmentation de la sévérité de ces comportements.

Ce serait lorsque la sévérité de ces comportements antisociaux mixtes augmentent qu'ils seraient associés à des conduites de consommation.

Profil Alcool/Antisociaux sévères

Consommation exclusive d'alcool occasionnelle ou régulière associée à des comportements antisociaux violents modérés et non violents sévères

- Autant de garçons que de filles
- Adolescents parmi les plus âgés (13,7 ans)
- Plutôt en 4ème et 3ème
- Consommation d'alcool la plus précoce (11,2 ans)
- Conduites à risques associées : Jeux de défis, Sports à risques.

Ce profil d'adolescents représente 11% des collégiens, parmi les plus âgés (13,7 ans). Cela confirme l'hypothèse 2. c) selon laquelle les profils d'adolescents consommateurs antisociaux

réuniront les adolescents les plus âgés et seront constitués de plus de garçons que de filles. Cette seconde partie de l'hypothèse n'est que partiellement validée car l'association entre comportements antisociaux et conduites de consommation concerne davantage les garçons uniquement lorsque les adolescents présentent des comportements antisociaux violents très sévères et des polyconsommations (occasionnelles ou régulières) ou une consommation régulière de tabac (Cf. profil suivant).

Ce sont des adolescents pour lesquels la rencontre avec l'alcool a été la plus précoce (11,2 ans) confirmant l'hypothèse 2. b) selon laquelle les adolescents consommateurs antisociaux présenteront une expérimentation de substances psychoactives plus précoce que les adolescents consommateurs. L'expérimentation précoce d'alcool pourrait donc représenter un indicateur de co-occurrence entre des comportements antisociaux sévères, notamment non violents, et une consommation d'alcool.

Ce profil d'adolescents consommateurs antisociaux suggère également qu'une consommation d'alcool, même occasionnelle, peut être associée à des comportements antisociaux sévères nuançant l'idée que la sévérité des comportements antisociaux est impliquée dans la sévérité des conduites de consommation (Best, et al., 2006; Garcia, et al., 2008; Verdurmen, et al., 2005).

Enfin, les adolescents de ce profil sont parmi les plus nombreux à s'engager dans des sports à risques et des jeux de défis confirmant l'hypothèse 2. d) selon laquelle les adolescents consommateurs antisociaux seront plus nombreux à s'engager dans des conduites à risques que les consommateurs, les antisociaux et les adolescents du profil neutre. Cette association de pratiques à risques suggère que la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation est clairement associée à d'autres conduites à risques soulignant l'enjeu de santé publique que représente la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation à l'adolescence. En termes de stratégies de prévention, il semble donc que la diversification des conduites à risques soit un bon indicateur de ce phénomène.

Cependant, pour ce profil de collégiens, il se pourrait que le choix de ces modalités de prise de risques puissent être entendu comme des prises de risques, plutôt transgressives, « socialement valorisées » (Turner, McClure., & Pirozzo, 2004). Nous pourrions donc faire l'hypothèse que l'adoption de comportements antisociaux mixtes sévères, notamment non

violents, associés à une consommation occasionnelle ou régulière d'alcool réponde, chez ces adolescents, à des enjeux bien particuliers. Nous discuterons cela plus tard avec l'investigation des facteurs de vulnérabilité psychologique associés à ce profil.

Profil Polyconsommation-Tabac régulier/Antisociaux très sévères

Polyconsommation occasionnelle et régulière de tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis et consommation régulière de tabac, associées à des comportements antisociaux non violents sévères et violents très sévères

- Plus de garçons que de filles
- Adolescents parmi les plus âgés (13,5 ans)
- Plutôt en 4ème et 3ème
- Consommation de tabac la plus précoce (12,1 ans)
- Conduites à risques associées : Jeux de non-oxygénation, jeux d'agression, jeux de défis, prise de risques en deux roues et scarifications.

Ce profil d'adolescents représente 9,9% des adolescents soit environ un collégien sur dix et est le profil le plus sévère de tous, avec des polyconsommations occasionnelles ou régulières de tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis ou une consommation régulière de tabac (parfois à risques de dépendance) et des comportements antisociaux non violents sévères et violents très sévères.

Ce profil concerne les adolescents parmi les plus âgés (13,5 ans), plutôt en 4ème et 3ème confirmant l'hypothèse 2. c) selon laquelle les profils d'adolescents consommateurs antisociaux réuniront les adolescents les plus âgés. Cela confirme également que la consommation régulière de substances psychoactives, notamment de tabac s'installe en milieu d'adolescence, conformément à ce que suggère la récente enquête épidémiologique HBSC (2010). Selon cette enquête, en France, durant les années collège, la classe de 4ème marque une rupture durant laquelle la consommation régulière de tabac augmente fortement (Spilka, Le Nézet, Beck, et al., 2012).

Ce profil comportemental est constitué de plus de garçons que de filles suggérant que les études épidémiologiques repérant que les conduites de consommation de substances psychoactives concernent davantage les garçons se doivent de ne pas laisser de côté la co-présence de comportements antisociaux et leur sévérité. En effet, dans cette étude, les garçons

sont plus concernés que les filles par une consommation de substances psychoactives, uniquement lorsque celle-ci relève d'une polyconsommation occasionnelle ou régulière ou d'une consommation régulière de tabac et qu'elle est associée à des comportements antisociaux sévères, notamment violents. La spécificité masculine des comportements antisociaux violents à l'adolescence serait donc dépendante du fait que ceux-ci soient sévères et associés à une polyconsommation de substances psychoactives ou une consommation régulière de tabac.

De plus, ce profil précise que lorsque la consommation de substances psychoactives est préférentiellement une polyconsommation (occasionnelle ou régulière) ou une consommation régulière de tabac, les comportements antisociaux de forme non violente sont aussi sévères que lorsque la consommation est exclusive à l'alcool; en revanche, les comportements antisociaux de forme violente sont plus sévères. L'augmentation de la sévérité des comportements antisociaux de forme violente serait donc associée à une consommation de substances psychoactives à risques (polyconsommation ou consommation régulière de tabac).

De plus, les adolescents de ce profil sont également des adolescents s'engageant dans de nombreuses conduites à risques. Cependant, il s'agit de conduites à risques tant auto-agressives (scarifications, jeux de non-oxygénation) qu'hétéro-agressives (jeux d'agression) ou transgressives (jeux de défis, prise de risques en deux roues). Cela signifie que si la diversification des conduites à risques est un indicateur d'association entre comportements antisociaux et conduites de consommation, comme évoqué avec le profil précédent, la diversification des enjeux liés à ces conduites à risques pourrait être l'indicateur d'une plus grande sévérité de ces comportements au sein de leur co-occurrence, notamment en termes de comportements violents, de polyconsommation et de consommation régulière de tabac.

Le fait d'identifier que ce profil, dont les conduites de consommation et les comportements antisociaux sont les plus sévères, se caractérise par une consommation précoce de tabac (12,1 ans) confirme l'hypothèse 2. b) selon laquelle les adolescents consommateurs antisociaux présenteront une expérimentation de substances psychoactives plus précoce que les adolescents consommateurs et suggère qu'une consommation précoce de tabac seraient un indicateur de la co-occurrence de comportements antisociaux sévères, notamment violents et de polyconsommations (occasionnelles ou régulières) ou consommation régulière de tabac.

En résumé,

◘ L'analyse en cluster et la description des profils comportementaux à l'aide d'indicateurs de sévérité des comportements (au moins trois comportements antisociaux, nombre et fréquence moyens de comportements antisociaux, prévalence des consommateurs occasionnels et réguliers), permettent d'observer deux profils de collégiens consommateurs antisociaux plus didactiques qu'une simple observation de la prévalence des adolescents adoptant au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois associé à une conduite de consommation occasionnelle (28,6%). Ainsi, selon l'analyse en cluster, les adolescents que l'on pourrait considérer comme des « consommateurs antisociaux » représentent finalement 21% des adolescents de cette étude et se déclinent sous deux profils comportementaux : 1) des adolescents adoptant des comportements antisociaux violents modérés et non violents sévères associés à une consommation occasionnelle ou régulière d'alcool et 2) des adolescents adoptant des comportements antisociaux non violents sévères et violents très sévères associés à des polyconsommations occasionnelles et régulières ou une consommation régulière de tabac.

◘ Les garçons seraient plus vulnérables que les filles à l'association de comportements antisociaux et de conduites de consommation, uniquement lorsqu'il s'agit de comportements antisociaux très sévères, notamment violents associés à une polyconsommation occasionnelle ou régulière ou une consommation régulière de tabac. Les filles seraient, quant à elles, tout aussi vulnérables que les garçons à cette co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation lorsque cette consommation est exclusive à l'alcool.

◘ La consommation précoce d'alcool et de tabac représenteraient des indicateurs de la co-occurrence entre comportements antisociaux et conduites de consommation.

◘ Enfin, la diversification des conduites à risques serait un indicateur de la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation. Néanmoins, la diversification des enjeux liés à ces conduites à risques serait l'indicateur, au sein de cette co-occurrence, d'une plus grande sévérité des conduites de consommation et des comportements antisociaux, notamment violents. En termes de prévention des conduites de consommation à l'adolescence, il apparaît primordial d'approfondir la nature de ces enjeux pour les adolescents.

Nous terminerons en présentant le profil dit de consommateurs, n'adoptant peu ou pas de comportements antisociaux.

Profil Alcool occasion

Consommation de substances psychoactives préférentiellement de l'alcool et plutôt occasionnellement

- Peu ou pas de comportements antisociaux
- Dominante de consommation occasionnelle d'alcool
- Autant de garçons que de filles
- Adolescents parmi les plus âgés (13,4 ans)

Ce profil comportemental concerne 14% des adolescents de l'étude. Ce sont surtout des consommateurs occasionnels d'alcool n'adoptant pas ou peu de comportements antisociaux (moins que les profils d'adolescents adoptant des comportements antisociaux exclusivement non violents neutres ou exclusivement violents neutres). Il s'agit donc plutôt d'un profil d'adolescents consommateurs.

Ils font partie des adolescents parmi les plus âgés (13,4 ans). Cela confirme l'idée selon laquelle la consommation de substances psychoactives débute à l'adolescence (Barnes, et al., 2005; Michel, et al., 2006), mais précise qu'il s'agirait plutôt du milieu de l'adolescence ou milieu de collège (dès la 4ème). Cela confirme également l'hypothèse 2. c) selon laquelle les profils d'adolescents consommateurs réuniront les adolescents les plus âgés et seront constitués de plus de garçons que de filles. Cette seconde partie de l'hypothèse n'est que partiellement validée car la consommation de substances psychoactives concerne davantage les garçons uniquement lorsqu'il s'agit de polyconsommations (occasionnelles ou régulières) ou d'une consommation régulière de tabac associés à des comportements antisociaux violents très sévères.

En résumé,

- Cette étude confirme que les conduites de consommation débutent et s'installent à l'adolescence (Barnes, et al., 2005; Michel, et al., 2006) mais précise qu'il s'agirait du milieu de l'adolescence, fin de collège ($4^{ème}$, $3^{ème}$), que ces consommations soit associées ou non à des comportements antisociaux.

- Les adolescents consommateurs représentent 14% des collégiens de cette étude et consomment essentiellement de l'alcool occasionnellement. Leur consommation ne semble pas représenter un usage à risques dans la mesure où cette dernière n'est pas remarquablement précoce et n'est pas véritablement associée à des comportements antisociaux ou d'autres conduites à risques.

Ce profil souligne donc que malgré une littérature prolifique sur le lien étroit entre comportements antisociaux et conduites de consommation, cela ne soit pas le cas de tous les adolescents.

Il semble alors légitime de se demander ce qui fait la spécificité de ces adolescents, qui pourraient représenter un profil d'adolescents plutôt protégés d'une escalade de leur consommation de substances psychoactives et de l'adoption de comportements antisociaux. Ceci d'autant plus, qu'ils font partie des adolescents les plus âgés pour lesquels la rencontre avec des opportunités de transgression et de consommation plus régulière a sûrement eu lieu mais sans peut-être représenter une motivation suffisante à multiplier leurs comportements antisociaux et leurs conduites de consommation.

IX.3. Facteurs de vulnérabilité impliqués dans chaque profil comportemental.

Rappelons que le troisième objectif de ce travail était d'identifier les facteurs psychopathologiques et psychologiques impliqués dans les différents profils comportementaux.

IX.3.1. Symptômes psychopathologiques

Selon l'hypothèse 3. a), les scores de symptômes dépressifs (CDI) et anxieux (STAI) et les scores de symptômes d'inattention, d'hyperactivité/impulsivité, d'opposition (Conners) et d'agressivité (OAS) évalués par les parents et par les enseignants discrimineront les différents profils comportementaux. Des symptômes à la fois externalisés et internalisés élevés expliqueront l'appartenance aux profils des consommateurs antisociaux. Cette hypothèse n'est pas validée.

En effet, dans cette étude, lorsque l'on considère dans un même modèle d'analyse des symptômes externalisés évalués par les parents et les enseignants et des symptômes internalisés, les symptômes dépressifs expliquent mieux l'appartenance aux deux profils des consommateurs antisociaux. Néanmoins, des symptômes dépressifs élevés ne seraient pas spécifiques aux profils des consommateurs antisociaux. En effet, dans cette étude, ils expliqueraient également l'appartenance au profil des adolescents adoptant des comportements antisociaux exclusivement non violents et non sévères sans conduite de consommation.

Finalement, dans cette étude, contrairement à ce qui était attendu, seul le profil d'adolescents adoptant des comportements antisociaux modérés sans conduites de consommation se caractérise à la fois pas des symptômes dépressifs élevés et une symptomatologie d'agressivité physique envers les objets évalués comme élevée par les parents.

Plusieurs hypothèses peuvent être faites quant à ces résultats inattendus :

1) Le manque d'évaluation des symptômes externalisés de la part des parents et des enseignants n'a pas permis de prendre réellement en considération leur implication. Néanmoins, dans chaque profil comportemental, les collégiens retenus pour l'analyse des facteurs de vulnérabilité psychopathologiques ne se différencient pas significativement des élèves non retenus sur les variables constitutives des profils (nombre et fréquence des comportements antisociaux, prévalence des consommateurs occasionnels et réguliers).

2) Les adolescents consommateurs adoptant des comportements antisociaux mixtes sévères à très sévères seraient difficilement repérables par leurs parents et leurs enseignants comme ayant des problèmes de comportements. Ils représenteraient donc des profils d'adolescents à risques dans la mesure où ils pourraient passer inaperçus auprès de leurs parents et de leurs enseignants. Ils seraient alors difficiles d'identifier les adolescents les plus à risque d'associer comportements antisociaux et conduites de consommation.

3) Les profils comportementaux de collégiens dans lesquels seraient impliqués des symptômes dépressifs élevés réunissent les adolescents parmi les plus âgés. Il se pourrait alors que des symptômes dépressifs élevés soient inhérents aux enjeux développementaux du milieu de l'adolescence. En effet, durant « *cette période de la vie (moyenne filles 13-16 ans, garçons 14-17 ans), sous tendue par les transformations des dernières étapes de la puberté et dominée par la constitution d'une place et d'un nouveau rôle en tant que sujet ainsi que par la poursuite de la lutte entre les besoins contradictoires d'indépendance et de dépendance* » (Decloquement, 2010), des symptômes dépressifs seraient courants (Hankin et al., 1998; Tram & Cole, 2006), notamment sous l'impulsion d'un processus de maturation cognitive augmentant les capacités à rendre compte de ces émotions (Brage, 1995; Eccles et al., 1993; Larson, Raffaelli, Richards, Ham, & Jewell, 1990). Néanmoins, le profil d'adolescents consommateurs réunit également les adolescents parmi les plus âgés et ces derniers ne se différencient pas des adolescents du profil « neutre » (parmi les plus jeunes) quant à leurs symptômes dépressifs. L'âge des adolescents ne suffirait donc pas à comprendre le lien étroit entre symptômes dépressifs, comportements antisociaux et conduites de consommation.

4) Les quatre profils d'adolescents caractérisés par des symptômes dépressifs élevés ont également en commun l'adoption de comportements antisociaux de forme non violente. Nous pourrions faire l'hypothèse que les symptômes dépressifs seraient plutôt impliqués dans les comportements antisociaux de transgression, quel qu'en soit leur degré de sévérité, et que ces derniers soient associés ou non à des conduites de consommation. Cette étude confirme donc les études selon lesquelles les symptômes dépressifs sont impliqués dans l'adoption de comportements antisociaux (Diamantopoulou, et al., 2011; Latzman & Swisher, 2005) mais précise qu'il s'agirait

plutôt de la forme transgressive (non violente) de ces comportements. Pour certains auteurs, les comportements antisociaux seraient les symptômes d'une dépression masquée (Braconnier, 1993; Jeammet, 1999). Cette étude pourrait confirmer cette idée, précisant que cela s'applique surtout à la forme non violente des comportements antisociaux. Certains auteurs repèrent en effet que des conduites de transgression et des attitudes de défiance et d'opposition seraient des manifestations dépressives (Chiariello & Orvaschel, 1995; Corcos, Jeammet, & Speranza, 2005).

Les comportements antisociaux transgressifs (non violents) pourraient alors représenter une tentative de lutte contre des symptômes dépressifs. Selon la théorie de Seligman, les symptômes dépressifs résultent, entre autre, d'un sentiment de perte de contrôle (Seligman, 1975). Ces comportements à connotation transgressive pourraient donc prendre une place particulière dans l'économie psychique des adolescents et s'entendre comme une tentative de restauration d'un sentiment de contrôle souvent ébranlé à une période de la vie où les adolescents sont soumis à de multiples bouleversement physiques, physiologiques et identitaires. La transgression de manière générale pourrait donc servir cette fonction à l'adolescence. Il serait intéressant, dans de futures recherches d'explorer le lien entre dépression et transgression.

5) Nous pourrions également faire l'hypothèse que les adolescents consommateurs antisociaux ont pu présenter plus tôt dans l'enfance, début d'adolescence, des symptômes externalisés élevés mais se sont inscrits au cours de l'adolescence dans une trajectoire à double expression comportementale : internalisée et externalisée sévère (comportements antisociaux sévères à très sévères) dans laquelle les manifestations comportementales seraient davantage tournées vers une diversification de conduites à risques violentes et/ou transgressives à l'abri du regard des adultes. Cette hypothèse suggère que les adolescents adoptant des comportements antisociaux modérés et présentant des symptômes dépressifs et d'agressivité physique envers les objets seraient à risques de consolider cette double trajectoire et d'adopter alors des comportements antisociaux de plus en plus sévères à l'abri du regard des adultes, de multiples conduites à risques et de s'engager dans des conduites de consommation.

Enfin, notons que, lorsque la sévérité des symptômes dépressifs traduit un trouble dépressif sub-syndromique, elle serait l'indicateur d'une plus grande sévérité des comportements

antisociaux, notamment de forme violente, et une plus grande sévérité des conduites de consommation. En effet, les adolescents consommateurs antisociaux adoptant les comportements antisociaux non violents sévères et violents très sévères associés à des polyconsommations occasionnelles et régulières présentent une symptomatologie dépressive dont la sévérité (score de 16,92) dépasse le seuil proposée au CDI comme suspicion d'un trouble dépressif (score de 15). Nous pourrions donc faire l'hypothèse que si des symptômes dépressifs sont impliqués dans l'adoption de comportements antisociaux de transgression, l'augmentation de la sévérité de ces symptômes dépressifs pourrait être impliquée dans le fait d'associer à ces comportements de transgression, des comportements violents très sévères et des conduites de consommation à risques.

En résumé,

- Préférentiellement aux symptômes externalisés et aux symptômes anxieux, les symptômes dépressifs seraient impliqués dans la co-occurrence de comportements antisociaux violents et non violents et de conduites de consommation chez les adolescents en milieu scolaire.

- Au sein de cette co-occurence, ces symptômes dépressifs pourraient être surtout impliqués dans l'adoption de comportements antisociaux de transgression (non violents) suggérant qu'à l'adolescence la transgression représenteraient un moyen de restaurer un sentiment de contrôle souvent ébranlé à cet âge de la vie.

- Néanmoins, chez les collégiens consommateurs antisociaux, lorsque ces symptômes dépressifs traduisent un trouble dépressif sub-syndromique, ils sont associés à une plus grande sévérité des comportements antisociaux, notamment violents, et une consommation de substances psychoactives à risques.

L'analyse de facteurs de personnalité associés à chaque profil comportemental permet d'éclairer ces premiers résultats portant sur des facteurs de vulnérabilité psychopathologiques.

IX.3.2. Personnalité

Hypothèse 3. b) Les scores aux dimensions tempéramentales et de caractère obtenus au JTCI discrimineront les différents profils comportementaux. Une forte recherche de nouveauté, une faible dépendance à la récompense, un faible évitement du danger, une faible persistance, une faible coopération et une faible autodétermination expliqueront l'appartenance aux profils des consommateurs antisociaux. Cette hypothèse est partiellement validée.

En effet, dans cette étude, une forte recherche de nouveauté est impliquée dans la plupart des profils comportementaux. Elle est en effet autant caractéristique des comportements antisociaux exclusivement non violents et mixtes, des conduites de consommation que de leur co-occurrence. Rappelons que la recherche de nouveauté se manifeste par une tendance à la joie de vivre, par des activités exploratoires, une tendance à répondre par l'excitation ou l'exaltation à des stimuli nouveaux ainsi qu'un évitement actif de la monotonie et des punitions.

Il n'est donc pas surprenant au vu de cette définition, que les adolescents adoptant des comportements antisociaux exclusivement non violents et non sévères surtout exprimés par des mensonges répétés présentent une forte recherche de nouveauté. Le mensonge apparaît ici de plus en plus comme un comportement de transgression répondant à des enjeux individuels (Aubron, et al., 2007), à la fois identitaire (comme proposé précédemment) mais également tempéramentaux. En effet, il s'agirait alors d'une stratégie d'évitement et de maîtrise des conséquences négatives d'une situation. Cela confirme l'idée, suggérée précédemment, selon laquelle les comportements antisociaux non violents, de manière générale, pourraient représenter une stratégie de maîtrise de son environnement et donc de lutte contre des affects dépressifs résultant de situations internes et/ou externes vécues comme incontrôlables par ces adolescents.

Une forte recherche de nouveauté est également caractéristique des adolescents qui consomment occasionnellement de l'alcool sans réels comportements antisociaux associés. Ces consommateurs occasionnels d'alcool pourraient alors s'engager dans cette modalité de consommation par curiosité ou bien encore simplement par besoin de partage social chez des individus plutôt marqués par une certaine joie de vivre (forte recherche de nouveauté et absence de symptômes dépressifs). Il pourrait donc s'agir d'une consommation de substances

psychoactives festive et récréative (Marcelli & Braconnier, 1999). En effet, 81,9% des adolescents de ce profil consomment de l'alcool en groupe (surtout en famille). De plus, en France, la consommation d'alcool est très attachée à une image de convivialité. Pour autant, tous les adolescents consommateurs occasionnels, présentant une forte recherche de nouveauté, ne s'en tiendraient pas à une consommation de substances psychoactives simplement conviviale ou stimulant leur curiosité.

En effet, lorsqu'un adolescent présente une forte recherche de nouveauté associée à une faible coopération (immaturité sociale), il serait alors vulnérable à l'adoption de comportements antisociaux à la fois violents et non violents et à leur association avec des conduites de consommation. Il semble néanmoins qu'une immaturité sociale soit particulièrement liée à la forme violente des comportements antisociaux. En effet, les adolescents adoptant des comportements antisociaux exclusivement violents et non sévères ne se caractérisent pas par une forte recherche de nouveauté mais présentent une faible coopération (immaturité sociale). Rappelons que la coopération décrit la prise de conscience d'autrui, la prise en considération et l'acceptation des autres et traduit la maturité sociale d'un individu (Cloninger, et al., 1993).

Les comportements antisociaux violents seraient alors une réponse à la difficulté d'établir des relations interpersonnelles stables, à tolérer l'avis des autres. Ils pourraient répondre aux sentiments de frustration que procure la confrontation au désir de l'autre, un désir qui n'est pas sien et qui est donc intolérable. Ils seraient une façon de mettre à mal cet autre intolérable, devenu un obstacle à la réalisation de ses propres désirs, notamment chez des adolescents présentant une forte excitabilité exploratoire (forte recherche de nouveauté). Parmi les adolescents consommateurs antisociaux pour lesquels ces comportements antisociaux violents sont les plus sévères, les jeux d'agression pourraient également répondre à cette modalité comportementale violente. Dans cette dynamique, l'impulsivité et la recherche de stimulations qui caractérise les adolescents (forte recherche de nouveauté) adoptant des comportements antisociaux violents et non violents, faciliterait le passage à l'acte et la diversification de leurs conduites à risques et antisociales.

Ainsi, leurs comportements antisociaux non violents, emprunts de transgression, pourraient en effet répondre à un besoin de stimulations, la transgression ayant une valeur d'interdit souvent attractive et stimulante. Chez les adolescents consommateurs antisociaux, les conduites à risques telles que les jeux de défis, la prise de risques en deux roues ou les sports à risques seraient alors autant de modalités d'expression comportementale de transgression, une diversification de conduites transgressives, parfois socialement valorisées répondant à un double besoin : celui de de tester les limites de l'autre, de la loi, et celui d'une revalorisation sociale dans une tentative de maîtrise de la relation à l'autre.

Notons qu'à l'adolescence, l'essentiel des relations interpersonnelles se joue au sein du groupe de pairs, essentiel à la construction identitaire des adolescents (Assailly, 1993). Ces jeunes présentant une forte recherche de nouveauté et une immaturité sociale pourraient donc vivre un réel conflit psychique entre leurs difficultés à tolérer les autres et leur nécessité de s'y affilier, d'autant que l'affiliation aux pairs peut représenter, dans une certaine mesure, une opportunité de rencontre avec la nouveauté. La symptomatologie dépressive de ces adolescents adoptant des comportements antisociaux à la fois violents et non violents, associés ou non à des conduites de consommation, pourrait traduire en partie la détresse émotionnelle issue de ce conflit interne.

Ainsi, chez les adolescents consommateurs antisociaux, la consommation de substances psychoactives ne répondrait pas seulement à un besoin de découverte et de sensations nouvelles. Elle pourrait alors également être envisagée:

a) Comme tentative de « re-socialisation » ou de maintien d'un lien à l'autre, au groupe de pairs. Les conduites à risques déclinées sous forme de jeux de défis et de sports à risques, socialement valorisés, pourraient répondre à cette fonction.
b) Comme stratégie d'automédication d'une détresse émotionnelle avec les risques de dépendance que cela engendre (Michel, 2001). Les conduites à risques à enjeux physiques telles que les scarifications pourraient également tenir une fonction d'automédication, par la libération d'endorphines provoquée par les coupures cutanées, qui laisse alors place à un sentiment d'apaisement (Karwautz, Resch, Wober-Bingol, & Schuch, 2008; Stirn, 2003). De la même manière, les jeux de non-oxygénation pourraient venir remplacer l'émotion négative par une sensation corporelle plus plaisante (Michel, 2006). En effet, ce sont les conduites à risques les plus pratiquées par les adolescents polyconsommateurs, consommateurs réguliers de

tabac dont les comportements antisociaux violents sont les plus sévères. Les scarifications et les jeux de non-oxygénation ayant une connotation auto-agressive pourraient représenter avec les jeux d'agression des modalités auto et hétéro-agressives supplémentaires d'expression de leur détresse émotionnelle.

En résumé,

◘ Une forte recherche de nouveauté seraient impliquée tant dans la consommation de substances psychoactives, l'adoption de comportements antisociaux mixtes (violents et non violents) que dans leur co-occurrence confirmant la théorie des « comportements-problème » selon laquelle certains facteurs de vulnérabilité individuelle communs aux comportements antisociaux et aux conduites de consommation expliqueraient leur co-occurrence (Jessor & Jessor, 1977).

◘ Néanmoins, lorsqu'une forte recherche de nouveauté est associée à une immaturité sociale, soit des difficultés à établir des relations interpersonnelles stables et équilibrées, les adolescents sont susceptibles d'adopter des comportements antisociaux à la fois violents et non violents et d'y associer des conduites de consommation.

◘ Ainsi, chez les adolescents consommateurs antisociaux, le recours à une substance psychoactive pourrait représenter soit : 1) une tentative de « re-socialisation », répondant à un besoin de maintenir des relations avec le groupe de pairs, et ce d'autant que les pairs représentent une opportunité de diversifier leurs expériences, de découvrir de nouvelles expériences ; 2) une stratégie d'automédication face à une détresse émotionnelle liés à leurs difficultés relationnelles ou émergeant de l'interaction entre leur fort besoin de stimulations nouvelles et leurs difficultés à établir des relations sociales stimulantes.

Cela suppose que certains adolescents percevraient leur relation aux autres comme stressantes et y apporteraient des réponses plutôt centrées sur le problème (tentatives de socialisation, d'intégration au groupe de pairs), alors que d'autres utiliseraient des stratégies plutôt centrées sur l'émotion ou l'évitement adoptant alors des conduites de consommation et des conduites à risques comme stratégies de fuite ou d'auto-médication face aux affects négatifs provoqués par leurs difficultés relationnelles. Cette étude a donc voulu interroger légitimement le rôle du

stress perçu et des stratégies de coping dans l'adoption de comportements antisociaux et de conduites de consommation.

IX.3.3. Stress coping

Hypothèse 3. c) Les scores de stress perçu obtenus au CASQ et des différents types de stratégies de coping obtenus au PQ discrimineront les différents profils comportementaux. Un stress perçu élevé et l'utilisation de stratégies de coping retrait expliqueront l'appartenance aux profils des consommateurs antisociaux.

Cette hypothèse est partiellement validée car les adolescents consommateurs antisociaux semblent en effet présenter des niveaux de stress perçu élevés mais ils ne sont pas les seuls. De plus, les domaines dans lesquels ce stress est perçu diffèrent selon les profils comportementaux.

Ainsi, les adolescents consommateurs antisociaux appartenant au profil le plus sévère (polyconsommation ou consommation régulière de tabac associées à des comportements antisociaux non violents sévères et violents très sévères), semblent préoccupés par l'école (la pression des notes, l'utilité des enseignements, la réussite scolaire). Notons que ces adolescents sont également parmi les plus nombreux à avoir déjà redoublé (Cf. Annexe L). Il se pourrait alors que leurs inquiétudes soient fondées sur des échecs scolaires probablement difficiles à vivre.

Néanmoins, malgré de telles préoccupations, ces adolescents semblent préférentiellement répondre aux problèmes qu'ils rencontrent à l'école par des stratégies d'adaptation plutôt centrées sur l'émotion et l'évitement et une utilisation moindre de stratégies de coping fonctionnelles (centrées sur le problème et sur la réflexion, les concessions). Ces échecs scolaires et les préoccupations qui en résultent pourraient en partie alimenter leur symptomatologie dépressive et les réponses qu'ils y apportent laissent supposer qu'ils seraient à risques d'un désengagement de la sphère scolaire.

Assez liés à ce désengagement scolaire, les adolescents adoptant des comportements antisociaux mixtes sévères associés à une consommation occasionnelle ou régulière d'alcool

seraient fortement préoccupés par leurs loisirs. Il se pourrait alors que ces adolescents recherchent au travers de leur consommation d'alcool et/ou leurs comportements antisociaux, notamment de transgression, une manière de briser la routine et l'ennui renforçant l'idée que ces comportements à l'adolescence sont intimement liés à une forte recherche de nouveauté et suggérant que ces adolescents pourraient consommer afin de maintenir des relations interpersonnelles divertissantes et stimulantes (stratégie de « re-socialisation »). Nous pourrions aller plus loin en proposant l'idée que dans cette optique de consommation « re-socialisante », ces adolescents seraient susceptibles de s'engager dans des conduites à risques de type binge drinking, d'autant que la valorisation sociale et le défi font clairement partie de leur modalité d'expression comportementale (sports à risques, jeux de défis).

Les adolescents consommateurs antisociaux appartenant au profil le plus sévère (polyconsommation ou consommation régulière de tabac associées à des comportements antisociaux non violents sévères et violents très sévères) se caractérisent, quant à eux, davantage par de moindres préoccupations quant à leurs relations aux pairs. Nous pourrions faire l'hypothèse que ces adolescents présentant une immaturité sociale éprouveraient des difficultés à se rendre compte de leurs échecs relationnels, notamment au travers de difficultés à être empathiques et donc à entendre chez leurs camarades que leurs interactions sont insatisfaisantes. Néanmoins, ils seraient préoccupés par leurs relations avec leurs pairs du sexe opposé suggérant que les codes relationnels entre garçons et filles, teintés d'enjeux très nouveaux à l'adolescence, sont probablement difficiles à appréhender pour ces adolescents. Nous pourrions donc faire l'hypothèse que si ces adolescents ont, au cours de leur développement, rencontrer des difficultés dans leurs relations sociales au point d'éventuellement mal en percevoir les conséquences à l'adolescence, ils seraient tout aussi mal habiles à apprendre de nouveaux codes relationnels. Cette hypothèse défend l'idée d'une prévention des conduites de consommation et des comportements antisociaux à l'adolescence qui pourrait s'appuyer sur un accompagnement précoce dans le développement des habiletés sociales. Certains auteurs considèrent d'ailleurs les relations intimes chez l'adolescent comme porteuses d'une dimension prosociale impliquée dans le processus de désistance de l'activité délinquante (Gimenez, Corrado, Blatier, & Cohen, 2007).

En résumé,

◘ En milieu scolaire, la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation seraient associée à un certain désengagement scolaire.

◘ Néanmoins, au sein de cette co-occurrence, le recours à une substance psychoactive pourrait ne pas relever des mêmes enjeux selon la sévérité des comportements antisociaux et le type de produit consommé. Ainsi, l'étude des facteurs de stress coping tendent à confirmer que les collégiens consommateurs exclusifs d'alcool adoptant des comportements antisociaux mixtes sévères, consommeraient de l'alcool afin de de briser la routine et l'ennui et de maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes.

◘ Les collégiens adoptant des comportements antisociaux mixtes très sévères s'inscrirait davantage dans une problématique relationnelle envahissante, source de détresse émotionnelle les menant à s'engager dans des polyconsommateurs ou consommateurs réguliers de tabac probablement comme stratégies de coping.

Finalement, cette étude en milieu scolaire souligne l'importance de considérer les symptômes dépressifs, notamment sub-syndromiques, dans l'étude de la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation à l'adolescence alors que la littérature scientifique semble considérer les symptômes externalisés comme des facteurs de vulnérabilité de premier plan. Cela pose la question de l'implication préférentielle des troubles ou des symptômes internalisés sans pour autant abandonner la question de l'implication des comportements externalisés. En effet, une forte recherche de nouveauté, que nous pourrions considérer comme une manifestation externalisée davantage tempéramentale, semble constituer un facteur de vulnérabilité primordial vis-à-vis de la consommation de substances psychoactives, des comportements antisociaux et de leur co-occurrence à l'adolescence.

Enfin, l'immaturité sociale qui prend dans cette étude une place importante dans l'adoption de comportements antisociaux et dans leur co-occurrence avec des conduites de consommation n'a jamais été étudiée en milieu psychiatrique, alors même que certains troubles, notamment le trouble oppositionnel avec provocation ou bien encore le trouble des conduites ou la phobie sociale, s'inscrivent d'emblée dans une problématique du lien à l'autre. Ainsi, l'étude en

milieu psychiatrique permettrait de dénouer les enjeux psychopathologiques, tempéramentaux et de personnalité associés aux conduites de consommation et aux comportements antisociaux d'adolescents présentant des troubles internalisés ou externalisés.

Chapitre 2. Etude en milieu psychiatrique

Rappelons que l'objectif principal de ce second volet d'étude est d'étudier la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation d'adolescents en milieu psychiatrique en prenant en considération le type de substances psychoactives consommées et la forme clinique des comportements antisociaux puis de repérer les facteurs de vulnérabilité impliqués dans cette-co-occurence.

I. Procédure

Cette étude a été menée dans des services hospitaliers de pédopsychiatrie à Paris et à Bordeaux de 2008 à 2011. Après accord pour collaboration des chefs de service, l'étude a été présentée à toute l'équipe soignante afin de leur en préciser les objectifs et la procédure.

L'investigateur de l'étude faisait ensuite le point, chaque semaine, sur les nouvelles entrées en hospitalisation et les primo-consultants en ambulatoire. Afin d'être inclus dans l'étude, les adolescents devaient répondre à certains critères d'inclusion :

- Etre âgés de 11 ans à 18 ans.
- Présenter un motif d'hospitalisation ou de suivi ambulatoire de trouble internalisé (trouble dépressif, trouble anxieux, trouble bipolaire,…) ou de trouble externalisé (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, trouble oppositionnel avec provocation,…).
- Présenter un QIG supérieur à 85.
- Ne pas présenter de symptomatologie psychotique.
- Le traitement médicamenteux, lorsqu'il y en avait un ne présentait pas un critère d'exclusion de l'étude dès lors que l'adolescent remplissait les critères d'un trouble internalisé ou externalisé lors de la passation de l'entretien diagnostique K-SADS, mais la nature de ce traitement était scrupuleusement recueillie comme source d'information à l'étude. De plus, certains patients TDAH suivis et traités depuis des années ont tout de même été inclus dans l'étude suite à une réapparition des symptômes lors d'une tentative d'arrêt de la médication.

Une fois repérés les adolescents remplissant les critères d'inclusion, l'investigateur se référait au chef de service ou au cadre infirmier afin d'obtenir l'autorisation de rencontrer l'adolescent, au vu de sa situation et de celle de sa famille au moment de l'étude, et leur proposait alors d'y participer.

L'investigateur avait accès aux coordonnées téléphoniques des familles et contactait directement les parents afin de leur en exposer l'objectif, le déroulement et ainsi obtenir leur accord, oral dans un premier temps. Un rendez-vous était alors fixé pour une rencontre d'une heure à une heure et demi environ.

Lors de cette rencontre, l'adolescent et son ou ses parents signaient un formulaire de consentement éclairé. Puis, pendant que l'adolescent remplissait le questionnaire anonymé qui lui était destiné, dans un bureau attenant à celui de l'investigateur, ce dernier s'entretenait avec le ou les parents à l'aide d'un entretien diagnostique semi-structuré.

Cette évaluation durait entre une heure et une heure et demi. A la fin de cette entrevue, l'investigateur délivrait aux parents les questionnaires anonymés qui leur étaient destinés et s'entretenait alors avec l'adolescent afin de vérifier le remplissage de son protocole, recueillir des informations supplémentaires, si nécessaire à l'évaluation diagnostique, et répondre à ses questions sur l'étude.

Les questionnaires des parents et des adolescents étaient ensuite récupérés à la fin des entretiens et un questionnaire anonymé destiné à l'enseignant était alors délivré, celui-ci devant ensuite être retourné au laboratoire de recherche de l'investigateur. Un retour des résultats principaux de l'étude a ensuite été présenté aux équipes soignantes des différents services.

Durant toute la durée de l'étude, de Janvier 2008 à Décembre 2011, 168 patients ont été recrutés. La figure suivante présente le taux de refus et le taux de patients ne répondant pas aux critères d'exclusion (notons que ce recrutement inclus également les 43 patients en addictologie de la troisième étude).

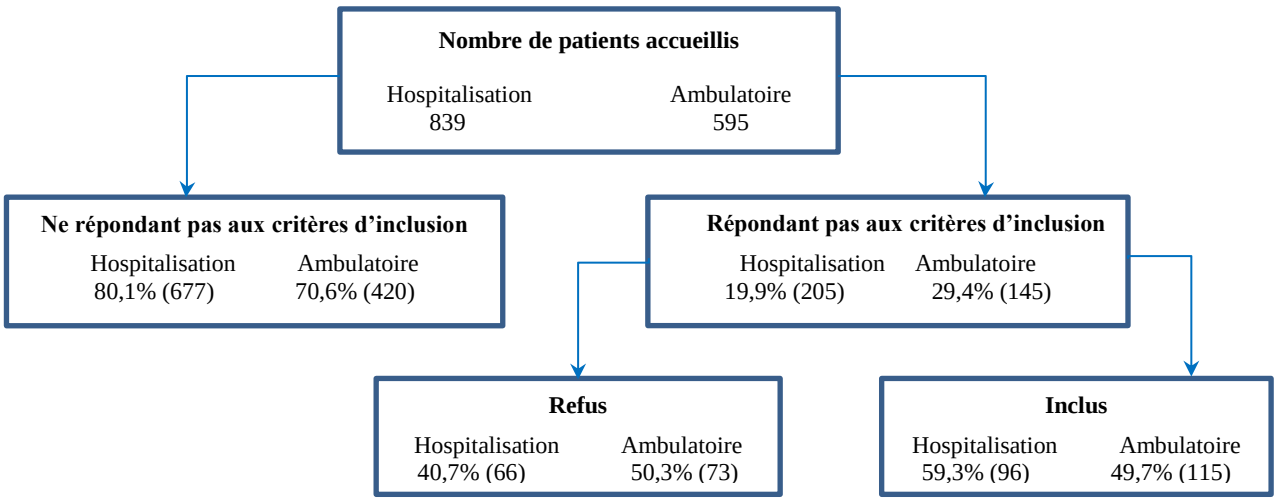


Figure 17. Taux de participation à l'étude en milieu psychiatrique.

II. Participants

Le questionnaire exploratoire intégré dans le protocole de l'étude a permis une description précise de l'échantillon de l'étude menée en milieu psychiatrique.

Tableau 18. Description de la population en milieu psychiatrique.

	Troubles externalisés N = 92	**Troubles internalisés** N = 76	**Total** N = 168
Sexe	% (N)	% (N)	% (N)
Garçons	85,9 (79)	40,8 (31)	65,5 (110)
Filles	14,1 (13)	59,2 (45)	34,5 (58)
Age	M (ET) étendue 13,7 (1,8) 11-18	M (ET) étendue 13,8 (1,4) 11-17	M (ET) étendue 13,7 (1,6) 11-18
Classe	% (N)	% (N)	% (N)
6ème	23,9 (22)	9,2 (7)	17,4 (29)
5ème	25 (23)	22,4 (17)	23,8 (40)
4ème	21,7 (20)	28,9 (22)	25 (42)
3ème	12 (11)	23,7 (18)	17,4 (29)
2nde	5,4 (5)	13,2 (10)	8,9 (15)
1ère	6,5 (6)	1,3 (1)	4,2 (7)
Terminale	3,3 (3)	-	1,8 (3)
Autre (CAP,…)	1,1 (1)	1,3 (1)	1,2 (2)
Non renseigné	1,1 (1)	-	0,3 (1)
Redoublement	47,8 (44)	28,9 (22)	39,3 (66)
Situation familiale			
Parents en couple	52,2 (48)	46,1 (35)	49,4 (83)
Parents séparés	10,9 (10)	14,5 (11)	12,5 (21)
Parents divorcés	31,5 (29)	34,2 (26)	32,7 (55)
Décès d'un parent	4,3 (4)	3,9 (3)	4,8 (7)
Famille d'accueil	1,1 (1)	-	0,3 (1)
Non renseigné	-	1,3 (1)	0,3 (1)
Nombre de frères et sœurs	M (ET) étendue 1,7 (1,4) 0-8	M (ET) étendue 1 ,6 (1,1) 0-6	M (ET) étendue 1,6 (1,3) 0-8

M moyenne ; ET écart-type

L'étude en milieu psychiatrique a permis de recruter 92 adolescents présentant un diagnostic principal de trouble externalisé et 76 adolescents présentant un diagnostic principal de trouble internalisé avec une moyenne d'âge de 13,7 ans.

Les adolescents présentant un diagnostic principal de trouble externalisé sont majoritairement des garçons (85,9% de garçons vs. 14,1% de filles), alors que la prévalence des filles est plus élevée que celle des garçons dans le groupe des adolescents présentant un diagnostic principal de trouble internalisé (59,2% de filles vs. 40,8% de garçons).

La majorité des patients interrogés sont des adolescents scolarisés en collège (83,6%). Le taux de redoublement (vie entière) est beaucoup plus élevé chez les adolescents présentant un diagnostic principal de trouble externalisé (47,8% vs. 28,9%). Enfin, 49,4% des patients vivent avec des parents en couple et 45,2% vivent avec des parents séparés ou divorcés.

L'investigation des dossiers des patients et de la Kiddie-SADS (entretien diagnostique semi-structuré décrit plus loin) a permis de préciser le profil psychiatrique de ces adolescents.

Tableau 19. Diagnostics et comorbidités en milieu psychiatrique.

	Troubles externalisés N = 92	**Troubles internalisés** N = 76
Motif de consultation	% (N)	% (N)
Troubles du comportement		
TDAH hyperactif/impulsif	17,4 (16)	-
TDAH inattentif	23,9 (22)	
TDAH mixte	58,7 (54)	
Troubles dépressifs		
Episode dépressif majeur ou modéré	-	50 (38)
Dépression mélancolique	-	1,3 (1)
Dépression non signifiée	-	1,3 (1)
Trouble dysthymique	-	2,6 (2)
Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive	-	7,9 (6)
Troubles anxieux	-	
Trouble anxiété généralisée		14,5 (11)
Trouble anxiété de séparation	-	5,4 (4)
Phobie sociale	-	11,8 (9)
Agoraphobie	-	1,3 (1)
Trouble panique	-	2,6 (2)
Episode de stress post-traumatique	-	1,3 (1)
Comorbidités psychiatriques actuelles	% (N)	% (N)
Aucun trouble comorbide	21,7(20)	21,1 (16)
Trouble(s) internalisé(s)	20,7 (19)	48,7 (37)
Trouble(s) externalisé(s)	23,9 (22)	3,9 (3)
Trouble(s) internalisé(s) et externalisé(s)	33,7 (31)	26,3 (3)
Troubles psychiatriques passées	% (N)	% (N)
Aucun antécédent	93,5 (86)	82,9 (63)
Trouble(s) internalisé(s)	2,2 (2)	11,8 (9)
Trouble(s) externalisé(s)	3,2 (3)	2,6 (2)
Trouble(s) internalisé(s) et externalisé(s)	1,1 (1)	2,6 (2)
Traitement	% (N)	% (N)
Non	18,5 (17)	26,3 (20)
Oui	81,5 (75)	73,7 (57)
Type de traitement		
Psychostimulant	73 (67)	1,3 (1)
Neuroleptique	13 (12)	17,1 (13)
Anti-dépresseur	2,1 (2)	56,5 (43)
Anxiolytique	7,6 (7)	34,2 (26)
Thymorégulateur	2,1 (2)	5,2 (4)
	M (ET) étendue	M (ET) étendue
Durée	20 mois (22 mois) 1j – 7 ans	2,5 mois (6 mois) 1j – 3 ans

M moyenne ET écart-type

Tous les adolescents du groupe « externalisé » consultent pour un diagnostic de TDAH. Cependant, les adolescents du groupe « internalisé » présentent des motifs de consultations beaucoup plus hétérogènes. La majorité d'entre eux présentent un trouble dépressif (63,1%). Plus d'un tiers présentent un trouble anxieux (36,9%).

La majorité des adolescents, tant dans le groupe « externalisé » qu'« internalisé » présentent une comorbidité psychiatrique au moment de l'étude (78,3% des adolescents du groupe « externalisé » et 78,9% de ceux du groupe « internalisé »).

Ainsi, 33,7% des adolescents du groupe « externalisé » présentent une comorbidité mixte, soit un TDAH comorbide à un autre trouble externalisé mais également à un trouble internalisé. Ces 31 adolescents TDAH présentent un TOP (31 patients) et/ou un TC (13 patients) associés la plupart de temps à un trouble dépressif majeur (7 patients) et/ou un trouble anxieux généralisé (13 patients). 23,9% présentent une comorbidité externalisée. Ces 22 adolescents TDAH présentant une comorbidité avec un TOP (19 patients) et/ou un TC (6 patients).

La plupart des adolescents du groupe « internalisé » présente une comorbidité psychiatrique internalisée (48,7%). Ces 37 adolescents présentent en majorité une comorbidité avec un trouble anxieux de séparation (11 patients) et/ou une phobie sociale (16 patients) et/ou un trouble anxieux généralisé (24 patients) et/ou un trouble dépressif majeur (23 patients).

Un peu plus d'un quart des adolescents du groupe « internalisé » (26,3%) présente une comorbidité psychiatrique mixte, soit un diagnostic principal de trouble internalisé comorbide à un autre trouble internalisé mais également à un trouble externalisé. Parmi ces 20 adolescents, la plupart présente une comorbidité avec un trouble dépressif majeur (16 patients) et/ou un trouble anxieux généralisé (9 patients) associés à un TOP (15 patients) et/ou un TDAH (6 patients).

Enfin, les adolescents en milieu psychiatrique, dans cette étude, ne présentent en majorité aucun antécédent de troubles psychiatriques (82,9% des adolescents du groupe « internalisé », 93,5% des adolescents du groupe « externalisé »). En effet, les adolescents du groupe « externalisé » présentent tous un TDAH depuis l'enfance. Aussi, la majorité des adolescents du groupe « internalisé » présentent un trouble dépressif, un trouble anxieux ou une phobie sociale pour la première fois de leur vie.

Au moment de l'étude, 81,5% des adolescents présentant un diagnostic principal de trouble externalisé étaient sous traitement médicamenteux (majoritairement des psychostimulants) d'une durée moyenne de 20 mois et 73,7% des adolescents présentant un diagnostic principal de trouble internalisé étaient sous traitement (majoritairement antidépresseur, anxiolytique), d'une durée moyenne de 2 mois et demi.

Plus précisément, alors que 26,1% des adolescents du groupe « externalisé » suivent un traitement depuis moins d'un mois, 4,3% suivent un traitement depuis plus d'un mois à moins de trois mois et 51,1% d'entre eux en suivent un depuis plus de 6 mois (à 7 ans). En revanche, 50% des patients du groupe « internalisé » suivent un traitement depuis moins d'un mois, 14,9% depuis plus d'un mois à moins de trois mois et 8,8% depuis plus de trois mois (à 3 ans). Notons que pour 38 des patients traités, nous n'avons pas obtenu d'informations sur la durée du traitement.

III. Outils de mesure

III.1. Auto-évaluation

Les outils d'auto-évaluation étaient strictement similaires à l'étude en milieu scolaire. Ne seront donc présentés ici que le nombre de répondants et les différentes consistances internes des outils.

III.1.1. Consommation de substances psychoactives, comportements antisociaux et conduites à risques

Les 168 patients ont répondu au questionnaire exploratoire évaluant la consommation de tabac, alcool, cannabis, les comportements antisociaux, et les conduites à risques.

Dans cette étude, 25 patients ont rempli le Fagerström et sa consistance interne est bonne ($\alpha = 0,85$) ; 21 patients ont rempli le Honc et sa consistance interne est bonne ($\alpha = 0,84$) ; 45 patients ont remplis le Cage-Deta et sa consistance interne est bonne ($\alpha = 0,81$) et 9 patients ont répondu à l'Alac et sa consistance interne est moyennement satisfaisante ($\alpha = 0,65$).

III.1.2. Symptomatologie dépressive et anxieuse

Dans cette étude, 165 patients (98,2%) ont répondu au Children Depression Inventory (α = 0,88) et au Stait-Trait Anxiety Inventory for Children (α = 0,89) et leurs consistances internes sont bonnes.

III.1.3. Personnalité

Dans cette étude, 160 patients (95,2%) ont répondu au Junior Temperament and Character Inventory et sa consistance interne est plutôt bonne (Cf. tableau 20). Tous les alphas de Cronbach obtenus dans cet échantillon sont quasiment identiques voire plus élevés que les alphas de Cronbach obtenus dans l'article de validation française (Asch, et al., 2009).

Tableau 20. Consistance interne du JTCI en milieu psychiatrique.

	α
Junior Temperament and Character Inventory	
Recherche de nouveauté	0,70
Evitement de la douleur	0,79
Dépendance à la recompense	0,41
Persistance	0,53
Auto-détermination	0,60
Coopération	0,73
Transcendance	0,73

III.1.4. Stress perçu

Dans cette étude, 166 patients (98,8%) ont répondu au Problem Questionnaire et sa consistance interne est bonne (Cf. tableau 21).

Tableau 21. Consistance interne du PQ en milieu psychiatrique.

	α
Problem Questionnaire	
Ecole	0,83
Futur	0,85
Parents	0,88
Pairs	0,92
Loisirs	0,64
Sexe oppose	0,90
Soi	0,92

III.1.5. Stratégies de coping

Dans cette étude, 162 patients (96,4%) ont répondu au Coping Across Situation Questionnaire et sa consistance interne est moyennement satisfaisante (Cf. tableau 22).

Tableau 22. Consistance interne du CASQ en milieu psychiatrique.

	α
Coping across Situation Questionnaire	
Actif	0,71
Interne	0,62
Retrait	0,60

III.2. Hétéro-évaluation

En milieu psychiatrique, les hétéro-évaluations des symptômes externalisés par les parents et les enseignants étaient également strictement les mêmes qu'en milieu scolaire. Ne seront donc présentés ici que le nombre de répondants et les différentes consistances internes. Cependant, à la différence de l'étude en milieu scolaire, ont été menés des entretiens diagnostiques semi-structurés afin d'évaluer la psychopathologie actuelle et passée.

III.2.1. Psychopathologie actuelle et passée

Puig-Antich et Chambers (1978) ont adapté pour l'enfant et l'adolescent, le Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Puig-Antich, 1978). La Kiddie-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children- Present and Lifetime Version) (Kaufman et al., 1997) est un entretien diagnostique semi-structuré traduit en français (Mouren-Siméoni, 2002). L'entretien se réalise avec les parents et l'enfant ou l'adolescent de 6 à 18 ans. Il permet d'obtenir une évaluation des épisodes actuels et passés de la psychopathologie (Cf. Annexe P).

Cet entretien est basé sur les critères du DSM III-R et du DSM-IV. La Kiddie-SADS-PL permet une évaluation spécifique de symptômes permettant d'aboutir à un diagnostic. Les principaux diagnostics évalués par la Kiddie-SADS-PL sont**:** le trouble des conduites (TC), le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH), les troubles de l'humeur (dépression majeure, dysthymie, manie,

hypomanie, cyclothymie, troubles bipolaires), psychose, troubles anxieux (trouble panique, trouble anxiété de séparation, phobie sociale, agoraphobie/phobie spécifique, trouble anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, état de stress post-traumatique) et l'abus/dépendance à une substance.

Il comporte un entretien de dépistage et cinq items supplémentaires pour le diagnostic des troubles. Il est administré aux parents, puis à l'enfant. Chaque symptôme est coté de la façon suivante : 0 « pas d'information », 1 « absent », 2 « sub-clinique », 3 « présent ». Une exploration des informations diagnostiques sur la vie entière est ensuite réalisée sur la base des données issues de l'ensemble des sources d'information. Pour chaque diagnostic, le clinicien note la présence ou l'absence d'un épisode actuel ou passé, l'âge de début du premier épisode, l'âge de début de l'épisode actuel, le nombre total d'épisodes et la durée totale des épisodes.

Il nécessite un temps de passation de 45 à 90 minutes pour les parents, et autant pour l'enfant et permet une évaluation complète des psychopathologies de l'enfant et de l'adolescent.

III.2.2 Symptomatologie du TDAH

Les échelles de Conners version parents et enseignants présentent une bonne consistance interne (Cf. tableau 23).

Tableau 23. Consistance interne de l'échelle Conners version parents et enseignants en milieu psychiatrique.

	α
Conners parents	
Opposition	0,85
Inattention	0,90
Hyperactivité/impulsivité	0,90
Conners enseignants	
Opposition	0,83
Inattention	0,64
Hyperactivité/impulsivité	0,82

III.2.3. Symptomatologie agressive

La consistance interne des échelles OAS parents et enseignants est plutôt bonne, sauf pour les dimensions d'agressivité physique envers soi (parents) et d'agressivité envers autrui (enseignants) (Cf. tableau 24). Ces deux dimensions ont donc été retirées des analyses.

Tableau 24. Consistance interne de l'échelle OAS parents et enseignants en milieu psychiatrique.

	α
Overt Aggression Scale parents	
Agressivité verbale	0,81
Agressivité physique envers les objets	0,70
Agressivité physique envers soi	0,55
Agressivité physique envers autrui	0,68
Overt Aggression Scale enseignants	
Agressivité verbale	0,70
Agressivité physique envers les objets	0,77
Agressivité physique envers soi	0,63
Agressivité physique envers autrui	0,46

Dans cette étude, 145 parents (86,3%) et 96 enseignants (57,1%) ont répondu à la Conners et à l'OAS. Le taux d'attrition des évaluations des parents est faible car la plupart des parents remplissaient le questionnaire le jour même de l'entretien de recherche. Le taux d'attrition des évaluations des enseignants s'explique de plusieurs façons dans cette étude : - certains des patients étaient déscolarisés au moment de l'étude, - pour ceux qui étaient scolarisés, la procédure de retour des questionnaires au laboratoire de recherche par voie postale a probablement favorisé les oublis de la part des enseignants, - certaines familles ont refusé que l'enseignant de l'adolescent soit impliqué dans la recherche.

IV. Objectifs spécifiques et hypothèses opérationnelles

1) Observer la prévalence des conduites de consommation, des comportements antisociaux et de leur co-occurrence.

2) Analyser précisément les différents profils comportementaux en fonction du type de produit consommé et de la forme clinique des comportements antisociaux. Identifier les facteurs socio-démographiques et les conduites à risques associés à ces profils.

Hypothèse 2. a) L'analyse en cluster révèlera différents profils comportementaux selon la forme clinique des comportements antisociaux et le type de produit consommé dont au moins un profil de patients peu ou pas consommateurs et adoptant peu ou pas de comportements antisociaux (neutre), un profil de consommateurs (consommateurs), un profil de patients adoptant des comportements antisociaux (antisociaux) et un profil de consommateurs antisociaux (consommateurs antisociaux).

Hypothèse 2. b) Les patients consommateurs antisociaux présenteront une expérimentation de substances psychoactives plus précoce, une consommation de substances et des comportements antisociaux plus sévères que les adolescents antisociaux et les adolescents consommateurs.

Hypothèse 2. c) Les profils de patients consommateurs et de consommateurs antisociaux réuniront les adolescents les plus âgés et seront constitués de plus de garçons que de filles.

Hypothèse 2. d) Les patients consommateurs antisociaux seront plus nombreux à s'engager dans des conduites à risques que les consommateurs, les antisociaux et les patients du profil neutre.

3) Identifier les facteurs psychopathologiques et psychologiques impliqués dans les différents profils comportementaux. Distinguer l'implication préférentielle des troubles psychopathologiques et de la symptomatologie.

Hypothèse 3. a) Un diagnostic actuel de trouble externalisé et/ou internalisé discriminera les différents profils comportementaux. La comorbidité de troubles externalisés et internalisés expliquera l'appartenance aux profils des consommateurs antisociaux.

Hypothèse 3. b) Les scores de symptômes dépressifs (CDI) et anxieux (STAI) et les symptômes d'inattention, d'hyperactivité/impulsivité, d'opposition (Conners) et d'agressivité (OAS) évalués par les parents et par les enseignants discrimineront mieux les différents profils comportementaux que les diagnostics de troubles psychiatriques.

Hypothèse 3. c) Les scores aux dimensions tempéramentales et de caractère obtenus au JTCI discrimineront les différents profils comportementaux. Une forte recherche de nouveauté, une

faible dépendance à la récompense, un faible évitement du danger, une faible persistance, une faible coopération et une faible autodétermination expliqueront l'appartenance aux profils des consommateurs antisociaux.

Hypothèse 3. d) Les scores de stress perçu obtenus au CASQ et des différents types de stratégies de coping obtenus au PQ discrimineront les différents profils comportementaux. Un stress perçu élevé et l'utilisation de stratégies de coping retrait expliqueront l'appartenance aux profils des consommateurs antisociaux.

V. Analyses statistiques

- Afin de répondre au premier objectif descriptif de l'étude, ont été calculées :

- La proportion de patients engagés dans une consommation de substances psychoactives avec ou sans comportement antisocial associé, les modalités d'usage et l'âge moyen d'expérimentation d'une substance psychoactive de ces patients.
- La proportion de patients engagés dans des comportements antisociaux avec ou sans conduite de consommation associée et la prévalence de chaque forme clinique de leurs comportements antisociaux.
- La proportion de patients associant des comportements antisociaux et des conduites de consommation, la prévalence de chaque forme clinique de ces comportements, les modalités d'usage et l'âge moyen d'expérimentation d'une substance psychoactive.

- Afin de répondre au second objectif d'identification de profils comportementaux, la seconde étape d'analyse des données a consisté en une méthode de classification ascendante hiérarchique pour données binaires (analyse en cluster), basée sur le carré de la distance euclidienne et la méthode de Ward comme méthode d'agrégation. Les variables sélectionnées pour l'analyse en cluster ont été strictement les mêmes qu'en milieu scolaire. Dans cette population psychiatrique, on observe une rupture à la cinquième classe (classe 5 : SPRSQ = 0,1134 et classe 6 : SPRSQ = 0,0647).

Puis afin de caractériser chacun des profils comportementaux et de répondre à la seconde partie de cet objectif quant à l'identification des facteurs socio-démographiques et des

conduites à risques associés à chaque profil, plusieurs variables ont été mesurées dans chaque profil comportemental:

- La prévalence de chacun des comportements antisociaux non violents : école buissonnière, fugue, rester tard dehors la nuit, mentir pour échapper à ses obligations, voler sans affronter la victime,
- La prévalence de chacun des comportements antisociaux violents : voler en affrontant la victime, détruire un objet appartenant à autrui, utiliser un objet comme une arme pouvant sérieusement blesser quelqu'un, cruauté envers les animaux, cruauté envers les personnes, bagarres, menaces/brutalité,
- La prévalence par sexe dans chaque profil comportemental, l'âge des adolescents de chaque profil,
- La sévérité des comportements antisociaux (au moins trois sur les douze derniers mois, nombre moyen et fréquence des comportements antisociaux violents et non violents),
- La prévalence des modalités d'usage (occasionnels, réguliers) de tabac, d'alcool, de cannabis et de polyconsommation de substances psychoactives, l'âge moyen d'expérimentation d'une substance psychoactive.
- La sévérité de la consommation de tabac, alcool et cannabis aux Fagerström, Honc, Deta et Alac.
- La prévalence des différentes situations familiales (parents en couple, parents séparés/divorcés, décès d'un parent, famille d'accueil), le taux de redoublement, la répartition par niveau scolaire (de la 6ème à la terminale),
- La prévalence des conduites à risques déclarées.

Chacune de ces variables ont donc été comparées entre chaque profil comportemental, à l'aide de Khi² partiels pour les variables catégorielles et d'un test de comparaison de moyennes pour les variables dimensionnelles : ANOVA à un facteur.

- Afin de répondre au troisième objectif d'identification des facteurs de vulnérabilité impliqués dans chaque profil, des régressions logistiques multinomiales pas à pas descendantes ont été effectuées, testant l'implication dans chaque cluster (variable dépendante) de différents modèles conceptuels (variables indépendantes). Malgré que les effectifs par profil soient moindres en milieu psychiatrique, nous respectons les recommandations selon lesquelles sont nécessaires un minimum de 10 observations par variables indépendantes (Cohen, 1992; Hosmer & Lemeshow, 1989)

Dans un premier temps, afin de ne pas soumettre le modèle d'analyse à l'hétérogénéité des troubles diagnostiqués, tant en diagnostic principal qu'en comorbidité actuelle, un tableau croisé et des Khi² partiels ont permis de sélectionner les troubles psychiatriques actuels significativement discriminants. Ainsi, ont été retenus dans l'analyse en régression : le TDAH, le TOP, le TC et l'épisode dépressif majeur (Modèle psychopathologique 1). Les antécédents psychiatriques n'ont pas montré de prévalence significativement associée à un profil comportemental. En effet, comme souligné dans la description de la population psychiatrique, la plupart des patients ne présentent pas d'antécédents psychiatriques.

Dans un second temps, les troubles, sélectionnés comme significativement impliqués dans certains profils comportementaux par le modèle de régression pas à pas descendant, ont été soumis à une seconde analyse. Ils ont alors été soumis à une « introduction forcée » à laquelle sont venus s'ajouter les symptomatologies internalisées et externalisées afin de répondre à l'hypothèse de l'implication préférentielle des symptômes ou des troubles psychiatriques (Modèle psychopathologique 2).

- Modèle psychopathologique : a) Modèle 1 : TDAH, TOP, TC, épisode dépressif majeur, b) Modèle 2 : TDAH, TOP, TC, épisode dépressif majeur, symptomatologie internalisée (anxiété, dépression) et externalisée (symptômes d'inattention, d'opposition, d'hyperactivité/impulsivité, index TDAH, symptômes d'agressivité verbale, physique envers les objets et envers les autres évalués par les parents),

- Modèle de personnalité : Recherche de nouveauté, évitement du danger, dépendance à la récompense, persistance, auto-détermination, coopération, transcendance,

- Modèle stress-coping : stress perçu/école, avenir, parents, pairs, loisirs, soi, sexe opposé, stratégies de coping active/école, pairs, parents, avenir, stratégies de coping interne/école, pairs, parents, avenir et stratégies de coping retrait/école, pairs, parents, avenir.

Au préalable, comme en milieu scolaire, chacune des variables indépendantes a été normalisée afin de répondre aux conditions d'application d'une régression logistique. Puis, pour chaque modèle, les variables pour lesquelles la procédure de normalisation ne permettait pas d'atténuer les valeurs aberrantes ont : soit été supprimées du modèle d'analyse lorsqu'elles comportaient plusieurs valeurs aberrantes, soit conservées à la condition

d'extraire de l'analyse le sujet présentant une valeur aberrante. C'est pourquoi la liste des variables retenues dans le second modèle psychopathologique présenté ci-dessus ne comprend pas toutes les variables évaluées, notamment pas les évaluations des enseignants.

Enfin, les différents profils comportementaux se distinguant significativement selon leur âge et leur diagnostic principal (trouble externalisé vs. externalisé), ces variables ont été systématiquement incluses dans chaque modèle d'analyse, afin d'en contrôler l'influence, hormis dans les deux modèles psychopathologiques afin d'éviter une erreur statistique de confusion (l'appartenance au groupe externalisé ou internalisé étant dépendante de la présence d'un trouble diagnostiqué à la K-SADS).

VI. Résultats descriptifs

VI.1. Prévalence de la consommation de substances psychoactives.

Notons que ces prévalences ne contrôlent pas la co-présence de comportements antisociaux.

Alors que plus de 70% des adolescents en milieu psychiatrique déclarent avoir déjà consommé au moins une substance psychoactive, 40% déclarent une consommation de substance psychoactive au moins occasionnellement au moment de l'étude, sans différence significative de prévalence entre les adolescents présentant un diagnostic principal de trouble externalisé et ceux présentant un diagnostic principal de trouble internalisé.

La consommation d'alcool et la polyconsommation (tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis) sont les plus prévalentes occasionnellement (29,2%) et l'usage régulier le plus prévalent concerne le tabac (11,9%).

De manière générale, l'alcool est la substance psychoactive la plus précocement expérimentée (11,1 ans), suivie du tabac (12,6 ans) et du cannabis (13,7 ans).

Tableau 25. Prévalence de la consommation de substances psychoactives en milieu psychiatrique.

N = 168	**Consommation de substances psychoactives**[a]				
	Troubles externalisés N = 92	**Troubles internalisés** N = 76	Khi² ou T	**Total** N = 168	
A déjà consommé au moins une fois	% (N)	% (N)	Khi²	% (N)	
Non	29,3 (27)	26,3 (20)	ns	28 (47)	
Oui	70,7 (65)	73,7 (56)	ns	72 (121)	
Consommation actuelle	% (N)	% (N)		% (N)	
Aucune consommation	56,5 (52)	64,5 (49)	ns	60,1 (101)	
Au moins une SPA	43,5 (40)	35,5 (27)	ns	40 (67)	
Consommation occasionnelle [a]	% (N) (groupe ext. total)[o]	% (N) (groupe int. total)[o]	Khi²	% (N) (échantillon total)[o]	% (N) (parmi les 67 consommateurs)[o]
Tabac	6,5 (6)	9,2 (7)	ns	7,8 (13)	19,4 (13)
Alcool	33,7 (31)	23,7 (18)	ns	29,2 (49)	73,1 (49)
Cannabis	4,3 (4)	2,6 (2)	ns	3,6 (15)	22,4 (15)
Polyconsommation	12 (11)	10,5 (8)	ns	11,3 (19)	28,3 (19)
Consommation régulière [b]					
Tabac	14,1 (13)	14,5 (11)	ns	14,3 (24)	35,8 (24)
Alcool	4,3 (4)	1,3 (1)	ns	3 (5)	7,5 (5)
Cannabis	2,2 (2)	1,3 (1)	ns	1,8 (3)	4,5 (3)
Polyconsommation	3,3 (3)	2,6 (2)	ns	3 (5)	7,5 (5)
Age expérimentation	M (ET) étendue	M (ET) étendue	T (ddl)	M (ET) étendue	
Tabac	12,8 (2,3) 10-17	12,4 (1,3) 10-15	ns	12,6 (1,9) 10-17	
Alcool	11,3 (2,7) 9-17	11 (1,8) 9-14	ns	11,1 (2,3) 9-17	
Cannabis	13,7 (1,9) 11-17	13,6 (1,9) 12-15	ns	13,7 (1,6) 11-17	
Sexe					
Garçons	82,5 (33)	33,3 (9)	ns	62,7 (42)	
Filles	17,5 (7)	66,7 (18)		37,3 (25)	

[a] *moins de 2 par semaine.*
[b] *au moins 2 à 3 fois par semaine, soit entre 8 et 12 usages dans le mois.*
SPA substance psychoactive. M moyenne. ET écart-type.
[o] *Ces prévalences ne contrôlent pas la co-présence de comportements antisociaux.*

Parmi l'ensemble des patients consommateurs réguliers, 25% présentent une dépendance au moins faible au tabac au Fagerström (N = 6/24), 50% présentent un perte de contrôle de la consommation de tabac au Honc (N = 12/24), 40% des consommateurs réguliers d'alcool présentent un risque de dépendance à l'alcool au Deta-Cage (N = 2/5) et 33% des consommateurs réguliers de cannabis déclarent une consommation nocive de cannabis à l'Alac (N = 1/3).

Parmi les consommateurs réguliers de tabac, les patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé sont significativement plus nombreux (66,7%, soit N = 8/12) que les

patients déclarant un diagnostic principal de trouble externalisé (33,3% soit N = 4/12) à déclarer une perte de contrôle de leur consommation de tabac ($Khi^2 = 4,2$; ddl = 1 ; p = .05).

Quel que soit le ou les produits consommés et la modalité d'usage (occasionnellement ou régulièrement), il n'y a pas de différence significative de prévalence entre les garçons et les filles, et ce tant chez les patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé que chez ceux présentant un diagnostic principal de trouble internalisé.

En résumé,

- 40% des adolescents en milieu psychiatrique de cette étude consomment une substance psychoactive au moins occasionnellement (qu'ils déclarent ou non des comportements antisociaux associés).

- L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée occasionnellement et expérimentée le plus précocement (11,1 ans) et le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement.

- Quelle que soit la modalité d'usage, il n'y a pas de différence significative entre les patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé et les patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé et entre garçons et filles.

- Néanmoins, les patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé sont plus nombreux que les patients déclarant un diagnostic principal de trouble externalisé à déclarer une perte de contrôle de leur consommation de tabac.

VI.2. Prévalence des comportements antisociaux

Notons que ces prévalences ne contrôlent pas la co-présence de conduites de consommation. Plus des trois quarts des adolescents en milieu psychiatrique déclarent au moins un comportement antisocial au cours des douze derniers mois (77,4%).

Tableau 26. Prévalence des comportements antisociaux en milieu psychiatrique.

N = 168	**Comportements antisociaux sur les 12 derniers mois**			
	Troubles externalisés N = 92	**Troubles internalisés** N = 76	Khi² ou T	**Total N = 168**
	% (N)	% (N)	Khi² (ddl)	% (N)
Au moins un CA	89,1 (82)	63,2 (48)	**16**** (1) Ext (63%) > Int (37%)	77,4 (130)
	(groupe ext. total)°	(groupe int. total)°		(échantillon total)° / (parmi les 130 antisociaux)°
Au moins 3 CA	44,6 (41)	31,6 (24)	ns	38,7 (65) / 50 (65)
Type de CA				
Non violents	27,2 (25)	32,9 (25)	ns	29,7 (50) / 38,5 (50)
Violents	6,5 (6)	3,9 (3)	ns	5,3 (9) / 6,9 (9)
Non violents+Violents	55,4 (51)	26,3 (20)	**6*** (2) Ext (72%) > Int (28%)	42,3 (71) / 54,6 (71)
Sexe	% (N)	% (N)	Khi² (ddl)	% (N)
Garçons	87,8 (72)	45,8 (22)	ns	72,3 (94)
Filles	12,2 (10)	54,2 (26)		27,7 (36)

*CA comportement antisocial. * p < .05 ** p < .01*

° *Ces prévalences ne tiennent pas compte de la co-présence de conduites de consommation.*

De manière générale, les garçons (72,3%) sont plus nombreux que les filles (27,3%), à déclarer au moins un comportement antisocial (Khi² = 11,9 ; ddl = 1 ; p < .01) et cela est en partie dû au fait que ce sont en majorité des patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé, qui sont essentiellement des garçons.

En effet, les patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé sont significativement plus nombreux (63%) que les adolescents présentant un diagnostic principal de trouble internalisé (37%) à déclarer au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois (Khi² = 16 ; ddl = 1 ; p < .001).

La forme mixte des comportements antisociaux est la plus prévalente, notamment chez les patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé (Khi² = 6 ; ddl = 1 ; p < .05), et notamment lorsque les patients, quel que soit leur diagnostic principal, déclarent au moins trois comportements antisociaux. En effet, parmi les patients déclarant au moins un

comportement antisocial sur les douze derniers mois, 50% en déclarent au moins trois, quasi-exclusivement de forme mixte (81,5% des patients déclarant au moins trois comportements antisociaux).

En résumé,

- 77,4% des adolescents en milieu psychiatrique, plutôt des patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé et plutôt des garçons, déclarent au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois (qu'ils consomment ou non une substance psychoactive).

- 50% de ces patients déclarent au moins trois comportements antisociaux sur les douze derniers mois.

- La forme mixte des comportements antisociaux est la plus prévalente, notamment lorsque les patients déclarent au moins trois comportements antisociaux.

VI.3. Prévalence de la co-occurence de consommation de substances psychoactives et de comportements antisociaux

En moyenne, 33% des adolescents en milieu psychiatrique déclarent une consommation de substance psychoactive au moins occasionnelle associée à au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois, sans différence significative de prévalence entre garçons et filles.

Les patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé sont significativement plus nombreux (68%) que les patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé (32%) à associer conduite de consommation et comportement antisocial ($Khi^2 = 5,8$; $ddl = 1$; $p < .05$).

Tableau 27. Prévalence de la co-occurence entre consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux en milieu psychiatrique.

N = 168	**Comportements antisociaux + Consommation de substances psychoactives**[a]			
	Troubles externalisés N = 92	**Troubles internalisés** N = 76	Khi² ou T	**Total** N = 168
Au moins un CA + une SPA	% (N)	% (N)	Khi² (ddl)	% (N)
Non	58,7 (54)	76,3 (58)	**5,8* (1)** Ext (68%) > Int (32%)	67 (112)
Oui	41,3 (38)	23,7 (18)		33 (56)
Consommation occasionnelle	(parmi les consommateurs antisociaux)			
Tabac	15,8 (6)	27,8 (5)	ns	19,6 (11)
Alcool	76,3 (29)	66,7 (12)	ns	73,2 (41)
Cannabis	10,5 (4)	11,1 (2)	ns	10,7 (6)
Polyconsommation	26,3 (10)	38,9 (7)	ns	30,3 (17)
Consommation régulière				
Tabac	31,6 (12)	50 (9)	ns	37,5 (21)
Alcool	10,5 (4)	5,6 (1)	ns	8,9 (5)
Cannabis	5,3 (2)	5,6 (1)	ns	5,3 (3)
Polyconsommation	7,9 (3)	11,1 (2)	ns	8,9 (5)
Type de CA				
Non violents	28,9 (11)	33,3 (6)	ns	30,3 (17)
Violents	5,3 (2)	5,5 (1)	ns	5,4 (3)
Non violents+Violents	65,8 (25)	61,1 (11)	ns	64,3 (36)
Au moins 3 CA	52,6 (20)	83,3 (15)	**4,9*** Ext (57%) > Int (43%)	62,5 (35)
Age expérimentation	M (ET) étendue	M (ET) étendue	T (ddl)	M (ET) étendue
Tabac	12,7 (2,4) 10-17	12,2 (1,1) 10-14	ns	12,5 (2) 10-17
Alcool	11 (2,5) 9-16	10,6 (1,7) 9-13	ns	11 (2,3) 9-16
Cannabis	13,7 (1,9) 11-17	13,3 (0,8) 12-14	ns	13,6 (1,6) 11-17
Sexe	% (N)	% (N)	Khi² (ddl)	% (N)
Garçons	86,8 (33)	38,9 (7)	ns	71,4 (40)
Filles	13,2 (5)	61,1 (11)		28,6 (16)

[a] *au moins occasionnellement. CA comportement antisocial. SPA substance psychoactive.*
*M moyenne. ET écart-type. ns non significatif. * p < .05*

De manière générale, la consommation d'alcool et la polyconsommation (tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis) sont les plus prévalentes occasionnellement chez les patients associant comportements antisociaux et conduites de consommation. Le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement.

L'alcool est la substance la plus précocement expérimentée (11 ans), suivie du tabac (12,5 ans) et du cannabis (13,6 ans).

Parmi l'ensemble des patients associant comportements antisociaux et consommation régulière de tabac, 28,6% présentent une dépendance au moins faible au tabac au Fagerström (N = 6/21), 47,6% présentent une perte de contrôle de la consommation de tabac au Honc (N = 10/21), 40% des consommateurs réguliers d'alcool présentent un risque de dépendance à l'alcool au Deta-Cage (N = 2/5) et 33% des consommateurs réguliers de cannabis déclarent une consommation nocive de cannabis à l'Alac (N = 1/3).

De manière générale, parmi les patients associant consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux, la forme mixte (non violents et violents) des comportements antisociaux est la plus prévalente (64,3%).

Enfin, 62,5% de ces patients déclarent au moins trois comportements antisociaux, plutôt des patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé (57% vs. 43% de patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé) ($Khi^2 = 4,9$; ddl = 1 ; $p < .05$).

En résumé,

- 33% des adolescents en milieu psychiatrique de cette étude déclarent une consommation de substance psychoactive au moins occasionnelle associée à au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois, plutôt des patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé. 62,5% de ces patients, plutôt présentant un diagnostic de trouble externalisé, déclarent au moins trois comportements antisociaux sur les douze derniers mois.

- L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée occasionnellement et expérimentée le plus précocement (11 ans) et le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement. La forme mixte des comportements antisociaux est la plus prévalente.

VII. Profils comportementaux

VII.1. Type de substances psychoactives et de comportements antisociaux.

Tableau 28. Description des profils comportementaux en milieu psychiatrique.

N = 168	**Cluster 1** N = 36	**Cluster 2** N = 33	**Cluster 3** N = 35	**Cluster 4** N = 27	**Cluster 5** N = 37	Khi² ddl = 4	Total
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)		
Effectif de patients déclarant							
Au moins un CA	25 (9)	**100 (33)**	**100 (35)**	**77,8 (21)**	**86,5 (32)**	**78*** **	40 (67)
Au moins une SPA	8,3 (3)	0	0	**100 (27)**	**100 (37)**	**156*** **	77 (130)
Au moins un CA et une SPA	8,3 (3)	0	0	**77,8 (21)**	**86,5 (32)**	**115*** **	33 (56)
Comportements antisociaux non violents[a]							
Ecole buissonniere	0	27,3 (9)	31,4 (11)	**44,4 (12)**	**59,5 (22)**	**32*** **	32 (54)
Fugue	0	9,1 (3)	5,7 (2)	0	13,5 (5)	ns	6 (10)
Rester tard dehors la nuit	0	**21,2 (7)**	11,4 (4)	11,1 (3)	**35,1 (13)**	**19** **	16 (27)
Mentir pour échapper à ses obligations	0	**75,8 (25)**	**82,9 (29)**	**70,4 (19)**	**81,1 (30)**	**74*** **	61 (103)
Voler sans affronter la victime	0	18,2 (6)	**25,7 (9)**	**25,9 (7)**	**32,4 (12)**	**14** **	20 (34)
Comportements antisociaux violents[a]							
Voler en affrontant la victime	0	0	2,9 (1)	0	2,7 (1)	ns	1,2 (2)
Destruction volontaire de biens appartenant à autrui	5,6 (2)	0	**22,9 (8)**	**14,8 (4)**	**21,6 (8)**	**12***	16 (27)
Utiliser un objet comme une arme	0	0	**14,3 (5)**	**7,4 (2)**	2,7 (1)	**11***	5 (8)
Cruauté envers une personne	0	0	**17,1 (6)**	0	**10,8 (4)**	**16** **	6 (10)
Cruauté envers un animal	0	0	**28,6 (10)**	7,4 (2)	8,1 (3)	**23*** **	9 (15)
Commencer une bagarre	16,7 (6)	0	**57,1 (20)**	**44,4 (12)**	**29,7 (11)**	**33*** **	29 (49)
Menacer quelqu'un	8,3 (3)	0	**42,9 (15)**	11,1 (3)	16,2 (6)	**27*** **	16 (27)
Consommation actuelle[b]							
Tabac	0	0	0	0	**100 (37)**	**168*** **	22 (37)
Alcool	8,3 (3)	0	0	**100 (27)**	**65 (24)**	**117*** **	32 (54)
Cannabis	0	0	0	0	**24 (9)**	**34*** **	5,4 (9)
Polyconsommation	0	0	0	0	**65 (24)**	**99*** **	14 (24)
Sexe							
Garçons	61,1 (22)	66,7 (22)	77,1 (27)	63 (17)	59,5 (22)	ns	65,5 (110)
Filles	38,9 (14)	33,3 (11)	22,8 (8)	37 (10)	40,5 (15)		34,5 (58)
Groupe							
Internalisé	**61 (22)**	**56 (19)**	26 (9)	30 (8)	49 (18)	**13,9** **	45 (76)
Externalisé	39 (14)	42 (14)	**74 (26)**	**70 (19)**	51 (19)		55 (92)
Age	13,3	**13,6**	13,2	**13,9**	**14,7**	F **5,1** **	13,8

CA comportements antisocial. SPA substance psychoactive.
[a] au moins un CA sur les douze derniers mois. [b] au moins occasionnelle. ns non significatif.
** p < .05 ; ** p < .01 *** p < .001*

Les résultats de l'analyse en Cluster révèlent cinq profils comportementaux chez les adolescents en milieu psychiatrique.

- Consommation de substances psychoactives « neutre » et comportements antisociaux « neutres ».

Les patients appartenant au Cluster 1, ont une moyenne d'âge de 13,4 ans, sont autant de garçons que de filles, et représentent 21,4% des patients de l'étude (N = 36). 25% d'entre eux déclarent au moins un comportement antisocial et 8,3% au moins une consommation de substances psychoactives mais ces prévalences ne sont pas significativement différentes de prévalences théoriques et sont moins élevées que les prévalences moyennes totales. Ce profil réunit significativement plus de patients du groupe « internalisé » qu' « externalisé » (61% vs. 39%) ($Khi^2 = 13,9$; ddl = 4 ; $p < .01$).

- Adolescents antisociaux.

Les patients appartenant aux Cluster 2 et Cluster 3, représentant respectivement 19,6% (N = 33) et 20,8% (N = 35) des patients, autant de garçons que de filles, déclarent des comportements antisociaux sans consommation de substances psychoactives. Cependant, les patients du Cluster 2, d'une moyenne d'âge de 13,6 ans, plutôt des patients présentant un trouble internalisé ($Khi^2 = 13,9$; ddl = 4 ; $p < .01$) déclarent exclusivement des comportements antisociaux non violents alors que les patients du Cluster 3, d'une moyenne d'âge de 13,2 ans, déclarent des comportements antisociaux à la fois violents et non violents. Ce cluster regroupe significativement plus de patients du groupe « externalisé » qu' « internalisé » (74% vs. 26%) ($Khi^2 = 13,9$; ddl = 4 ; $p < .01$).

- Adolescents consommateurs antisociaux.

Enfin, les patients appartenant aux Cluster 4 et Cluster 5, représentant respectivement 16,1% (N = 27) et 22% (N = 37) des patients, autant de garçons que de filles, déclarent des comportements antisociaux mixtes associés à une consommation d'au moins une substance psychoactive. Cependant, les patients du Cluster 4, d'une moyenne d'âge de 13,9 ans, déclarent consommer exclusivement de l'alcool, alors que les patients du Cluster 5, d'une

moyenne d'âge de 14,7 ans, déclarent en majorité une polyconsommation de substances psychoactives. Ces profils réunissent les patients parmi les plus âgés ($F = 5,1$; $ddl = 4$; $p < .01$).

Les patients du Cluster 4 sont plus nombreux à présenter un diagnostic principal de trouble externalisé qu'un diagnostic principal de trouble internalisé (70% vs. 30%) ($Khi^2 = 13,9$; $ddl = 6$; $p < .01$). Les patients du Cluster 5 regroupent autant de patients du groupe « externalisé » qu' « internalisé ».

VII.2. Sévérité des comportements.

- Lien entre sévérité des comportements antisociaux et profil comportemental.

Les patients du Cluster 3 et les patients des Clusters 4 et 5 sont significativement plus nombreux que les autres patients à déclarer au moins trois comportements antisociaux. Cependant, les patients du Cluster 4 sont significativement moins nombreux que les patients des Cluster 3 et 5 à déclarer au moins trois comportements antisociaux ($Khi^2 = 92$; $ddl = 6$; $p < .001$).

Les patients du Cluster 3 déclarent également un plus grand nombre et une plus grande fréquence de comportements antisociaux violents (nombre moyen : $F = 22,5$; $ddl = 4$; $p < .001$; fréquence : $F = 6,7$; $ddl = 4$; $p < .001$) que les patients du Cluster 4 ; et les patients des Cluster 5 déclarent également un plus grand nombre et une plus grande fréquence de comportements antisociaux non violents (nombre moyen : $F = 29,5$; $ddl = 4$; $p < .001$; fréquence : $F = 24,8$; $ddl = 4$; $p < .001$) et violents (nombre moyen : $F = 22,5$; $ddl = 4$; $p < .001$; fréquence : $F = 6,7$; $ddl = 4$; $p < .001$) que les patients du Cluster 4.

Tableau 29. Sévérité de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux selon l'appartenance à un profil.

	Cluster 1 N = 36	**Cluster 2** N = 33	**Cluster 3** N = 35	**Cluster 4** N = 27	**Cluster 5** N = 37		
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	Khi² partiel	Khi² ddl = 6
Au moins 3 CA	2,8 (1)	12 (4)	**71,4 (25)**	**44,4 (12)**	**62,2 (23)**	3,5>4> 1,2	**92*** **
	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	Tukey	F ddl = 4
Nombre moyen CA violents	0,3 (0,6) 0-3	0	**1,9 (1) 1-4**	0,8 (1,05) 0-5	**1,7 (1) 0-4**	5,3>4>1	**22,5*** **
Fréquence moyenne CA violents	0,6 (1,3) 0-6	0	**1,7 (2,1) 1-7**	1 (1,6) 0-7	**1,9 (2,6) 0-11**	5,3>4>1	**6,7*** **
Nombre moyen CA non violents	0	1,5 (0,8) 1-4	1,5 (0,7) 1-3	1,5 (1,03) 0-3	**2,2 (1,4) 0-5**	5>4,3,2	**29,5*** **
Fréquence moyenne CA non violents	0	2,5 (1,5) 1-7	3,8 (2) 1-10	3,2 (2,4) 0-8	**5,8 (4,2) 0-16**	5>4,3>,2	**24,8*** **
Tabac	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	Khi² partiel	Khi² ddl = 12
Occasionnel	-	-	-	-	**35 (13)**	5 > 1,2,3,4	**168*** **
Régulier	-	-	-	-	**65 (24)**	5 > 1,2,3,4	
Alcool							
Occasionnel	8 (3)	-	-	**96 (26)**	**54 (20)**	4,5 > 1,2,3	**123*** **
Régulier	0	-	-	4 (1)	**11 (4)**	5 > 1,2,3,4	
Cannabis							
Occasionnel	-	-	-	-	**16 (6)**		-
Régulier	-	-	-	-	**8 (3)**		
Polyconsommation							
Occasionnel	-	-	-	-	**51,4 (19)**		-
Régulier	-	-	-	-	**15,6 (5)**		
Tabac	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	Khi² partiel	Khi² ddl = 6
Dépendance[a]	-	-	-	-	**16 (6)**		-
Perte contrôle[b]	-	-	-	-	**32 (12)**		-
Alcool							
A risque[c]	0	-	-	0	**8 (3)**		-
Cannabis							
Nocif/dépendance[d]	-	-	-	-	**2,7 (1)**		-

M moyenne. ET écart-type. CA comportements antisocial. [a] Fagerström. [b] Honc. [c] Deta-Cage. [d] Alac.
**** p < .001 ; ns non significatif*

- Lien entre sévérité de la consommation de substances psychoactives et profil comportemental.

Les patients du Cluster 4 sont significativement plus nombreux que les patients du Cluster 5 à déclarer une consommation d'alcool occasionnelle (F = 123 ; ddl = 4 ; p < .001).

Les patients du Cluster 5 sont plus nombreux que les patients des Cluster 1 et 4 à déclarer une consommation régulière d'alcool ($Khi^2 = 123$; ddl = 4 ; $p < .001$). Ils sont également les seuls à déclarer une consommation occasionnelle ou régulière et parfois sévère de tabac et de cannabis.

Enfin, les patients des Clusters 4 et 5 ne se différencient pas significativement quant à leur âge moyen d'initiation à une substance psychoactive. L'alcool étant la substance psychoactive consommée le plus précocement (10,5 ans en moyenne), suivie du tabac (12,5 ans) et du cannabis (13,2 ans).

En résumé

◘ En milieu psychiatrique, l'analyse en clusters révèle que 21,4% des patients adoptent peu ou pas de comportements antisociaux et de conduites de consommation (neutre), 40,5% adoptent des comportements antisociaux sans conduite de consommation (antisociaux) et 38% associent comportements antisociaux et conduites de consommation (consommateurs antisociaux).

◘ Parmi ces patients, cinq profils comportementaux se dessinent :

• Profil 1: Peu ou pas de comportements antisociaux et peu ou pas de conduites de consommation (Neutre).

• Profil 2: Comportements antisociaux non violents neutres (Antisociaux non violents neutres).

• Profil 3: Comportements antisociaux non violents modérés et violents sévères (Antisociaux sévères).

• Profil 4: Consommation occasionnelle et exclusive d'alcool et comportements antisociaux violents et non violents modérés (Alcool occasion/antisociaux modérés).

• Profil 5: Polyconsommation occasionnelle ou régulière et consommation de tabac régulière, parfois nocive et comportements antisociaux non violents sévères et violents sévères (Poly-tabac régulier/antisociaux très sévères).

VII.3. Facteurs socio-démographiques associés

Il n'y a pas de différence significative de prévalence des différentes situations familiales et du taux de redoublement entre les différents profils comportementaux (Cf. Annexes Q et R).

Nous ne retrouvons pas de différence significative non plus quant aux prévalences des différents niveaux scolaires (de la 6ème à la terminale). Cependant, le nombre de modalités est probablement trop large au vu des effectifs par profil pour observer une hétérogénéité de la répartition. Malgré tout, la majorité des patients dans chaque profil comportemental est scolarisée en collège, même si dans les deux profils de consommateurs antisociaux, la prévalence des lycéens n'est pas négligeable (Cf. Annexe S). Cela corrobore les différences d'âge retrouvées entre les différents profils.

VII.4. Conduites à risques associées

De manière générale, la pratique de sports à risques est la conduite à risques la plus prévalente en milieu psychiatrique (32%) suivie de la prise de risques en deux roues (17%), des jeux d'agression (14%), des jeux de défis (9%), des scarifications (8%) et des jeux de non-oxygénation (5%).

Cependant, les patients consommant occasionnellement de l'alcool et adoptant des comportements antisociaux modérés sont tendanciellement les plus nombreux à pratiquer des sports à risques (44,4% ; $Khi^2 = 7,1$; ddl = 4 ; $p < .010$).

Les patients polyconsommateurs-consommateurs réguliers de tabac/antisociaux très sévères sont significativement les plus nombreux à prendre des risques en deux roues (32,4% ; $Khi^2 = 17,1$; ddl = 4 ; $p < .01$) et à jouer à des jeux de défis (27% ; $Khi^2 = 21$; ddl = 4 ; $p < .001$).

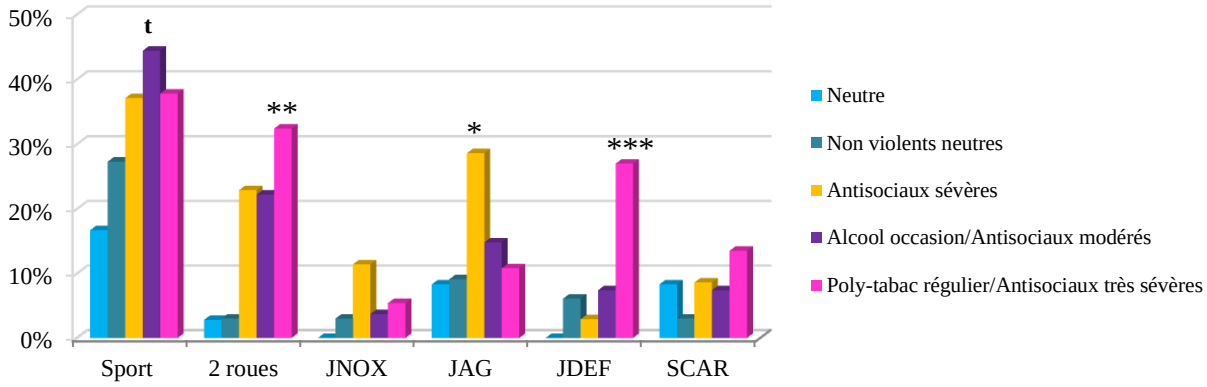
Tableau 30. Prévalence des conduites à risques par profil comportemental en milieu psychiatrique.

	Neutre N = 36	**Non violents neutres** N = 33	**Antisociaux sévères** N = 35	**Alcool occasion/ Antisociaux modérés** N = 27	**Poly-tabac régulier/ Antisociaux très sévères** N = 37	Khi² ddl = 4	Total N = 168
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)		% (N)
Sport à risques	16,7 (6)	27,3 (9)	37,1 (13)	**44,4 (12)**	37,8 (14)	**7,1**^{t}	32 (54)
Prise de risques en deux roues	2,8 (1)	3 (1)	22,9 (8)	22,2 (6)	**32,4 (12)**	**17,1****	17 (28)
Jeu de non-oxygénation	0	3 (1)	11,4 (4)	3,7 (1)	5,4 (2)	ns	5 (8)
Jeu d'agression	8,3 (3)	9,1 (3)	**28,6 (10)**	14,8 (4)	10,8 (4)	**8***	14 (24)
Jeu de défis	0	6,1 (2)	2,9 (1)	7,4 (2)	**27 (10)**	**21*****	9 (15)
Scarification	8,3 (3)	3 (1)	8,6 (3)	7,4 (2)	13,5 (5)	ns	8 (14)

*t tendanciel ; * p < .05 ; ** p < .01 ; *** p < .001 ; ns non significatif*

Les patients adoptant des comportements antisociaux sévères sont significativement les plus nombreux à jouer à des jeux d'agression (28,6% ; Khi² = 8 ; ddl = 4 ; p < .05).

Figure 18. Prévalence des conduites à risques par profil comportemental en milieu psychiatrique.



JNOX : Jeu de non oxygénation, JAG : Jeu d'agression, JDEF : Jeu de défis, SCAR : Scarification
*t tendanciel * p < .05 ** p < .01, *** p < .001*

VIII. Résultats inférentiels

Avant de tester chaque modèle, l'influence du traitement sur l'appartenance à un profil comportemental a été évaluée. La prévalence des patients suivant un traitement médicamenteux n'est pas significativement différente entre chaque profil comportemental (Cf. Annexe T), même si la tendance donnerait le profil de polyconsommateurs-consommateurs réguliers de tabac/antisociaux très sévères comme étant le profil regroupant le plus de patients traités (91,9% vs. entre 75% et 80% pour les autres profils).

La durée de traitement n'est également pas significativement différente entre chaque profil comportemental (Cf. Annexe U), même si la tendance donnerait les profils « neutre », « non violents neutres » et « polyconsommateurs-consommateurs réguliers de tabac/antisociaux très sévères » comme étant les profils regroupant le plus de patients traités récemment : entre un jour et un mois (respectivement, 55,6%, 50% et 61,8%).

Cela ne signifie pas que le traitement n'a pas d'effet sur la pathologie qu'il traite, mais simplement que les adolescents en milieu psychiatrique de cette étude se répartissent de manière homogène dans les différents profils comportementaux, qu'ils suivent un traitement ou non et quelle qu'en soit la durée.

VIII.1. Troubles et symptômes psychopathologiques

Dans un premier modèle d'analyse, l'âge a été inclus en introduction forcée afin d'être contrôlé, puis les troubles psychiatriques évalués par la K-SADS et discriminants significativement les différents profils comportementaux : TDAH, TOP, TC, EDM (Khi² partiels, Cf. Annexe V) ont été inclus dans le modèle en méthode pas à pas descendante.

Dans le premier modèle d'analyse intégrant l'âge et les diagnostics actuels de TDAH, TOP, TC et EDM, le TOP et l'EDM sont les troubles psychiatriques qui discriminent le mieux les différents profils comportementaux, compte-tenu de l'influence de l'âge des patients. Ce modèle explique significativement 30,3% de l'appartenance à l'un des profils comportementaux en référence au profil « neutre » ($R^2 = 0,303$; ddl = 4 ; $p < .001$).

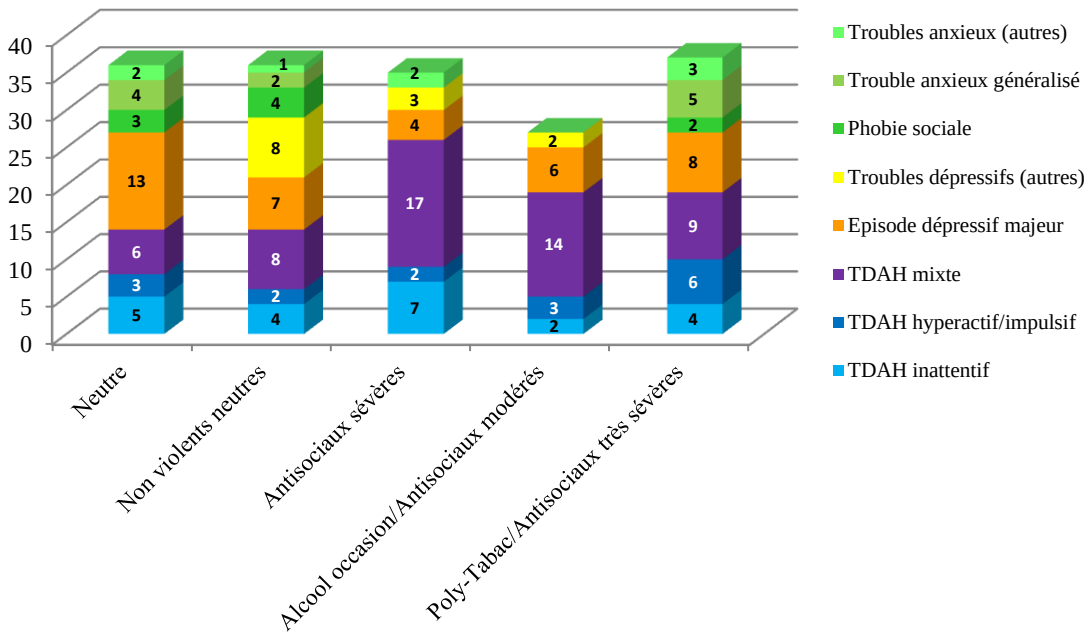
Tableau 31. Troubles et symptômes psychopathologiques impliqués dans l'appartenance à chaque profil comportemental en milieu psychiatrique.

	Non violents neutres N = 33	**Antisociaux sévères** N = 35	**Alcool occasion/ Antisociaux modérés** N = 27	**Poly-tabac régulier/ Antisociaux très sévères** N = 37	R^2 ddl = 4
MODELE 1					
Facteur socio-démographique	OR	OR	OR	OR	
Age	ns	ns	**1,48***	**1,87*****	
Trouble externalisé	OR	OR	OR	OR	
TOP	ns	**5,21****	**7,81****	**3,71***	**0,303*****
Trouble dépressif					
Trouble dépressif majeur	**0,29***	**0,21****	**0,20****	**0,17****	
Variables exclues : Troubles actuels : TDAH, TC.					
	Non violents neutres N = 30/33 soit 90,9%	**Antisociaux sévères** N = 27/35 soit 77,1%	**Alcool occasion/ Antisociaux modérés** N = 22/27 soit 81,5%	**Poly-tabac régulier/ Antisociaux très sévères** N = 27/37 soit 73%	
MODELE 2					
Facteur socio-démographique	OR	OR	OR	OR	
Age	ns	ns	**1,63***	**1,95****	
Trouble externalisé					
TOP	ns	ns	**18,8*****	**5,43***	
Trouble dépressif					**0,408*****
Trouble dépressif majeur	**0,28***	ns	**0,13****	**0,17****	
Symptômes externalisés					
Conners parents					
Hyperactivité	ns	**2,53***	ns	ns	
Variables exclues : Troubles actuels : TDAH, TC ; Symptômes externalisés (parents) : Inattention, Opposition, Index TDAH, Ag. verbale, Ag. objet, Ag. autrui ; Symptômes externalisés (enseignants) : Ag. objet, Ag. soi ; Symptômes internalisés : dépression, anxiété					

** p < .05 ; ** p < .01 ; *** p < .001 ; ns non significatif*

Ainsi, un diagnostic de trouble dépressif majeur représente un facteur protecteur pour tous les profils comportementaux. Ce résultat n'a rien de surprenant puisque le profil « neutre » regroupe le plus de patients présentant un diagnostic principal de trouble dépressif majeur (13 patients vs. entre 4 et 8 patients pour les autres profils) (Cf. Figure 19).

Figure 19. Nombre de patients par profil comportemental selon le diagnostic principal.

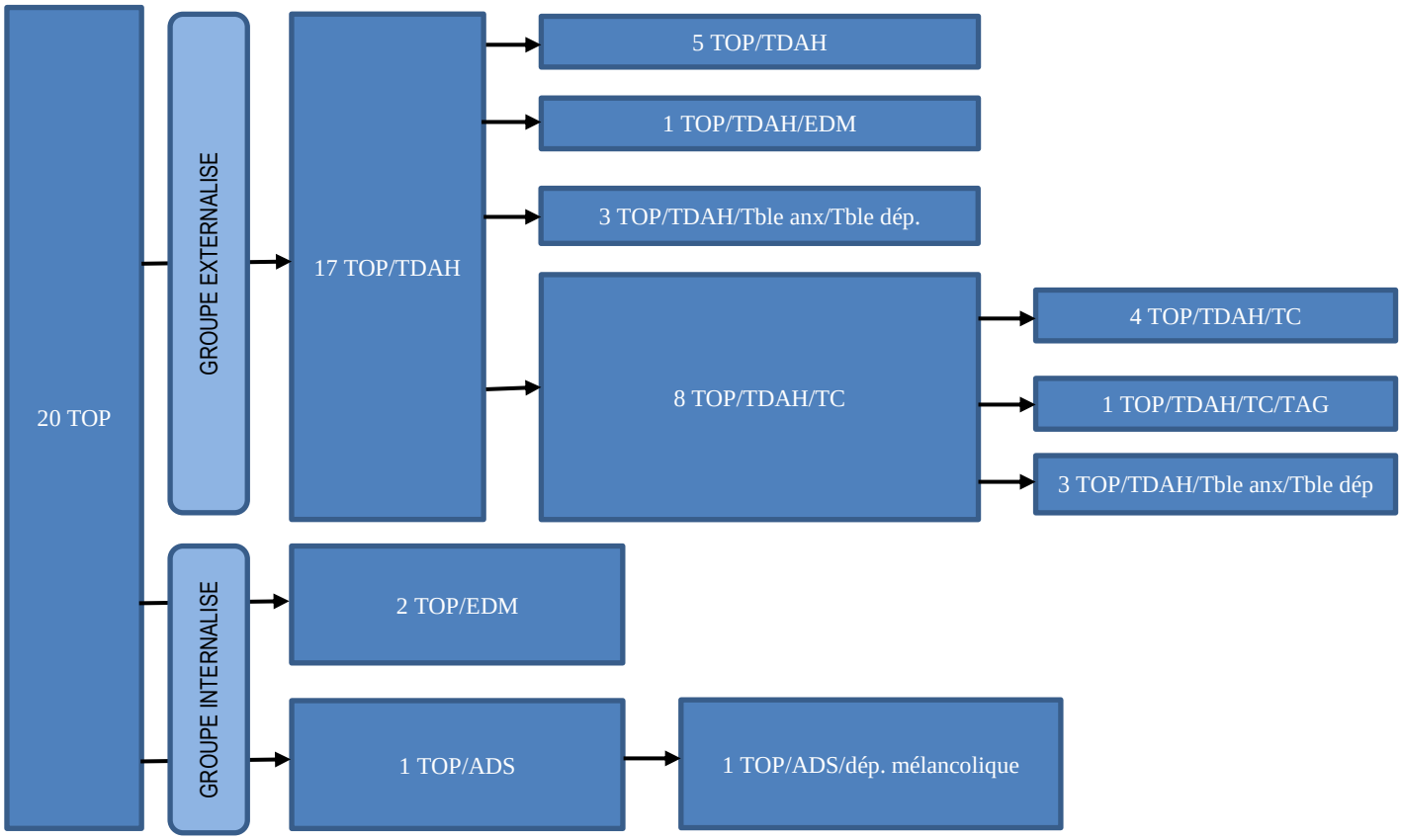


TDAH = Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.
Troubles dépressifs (autres) = Dépression mélancolique, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, trouble dysthymique, dépression non signifiée.
Troubles anxieux (autres) = Trouble anxieux de séparation, trouble panique, agoraphobie, épisode de stress post-traumatique.

Cependant, quel que soit leur diagnostic principal, les patients présentant un TOP sont significativement plus à risques que les patients du profil « neutre » d'adopter des comportements antisociaux sévères (OR = 5,21 ; p < .01), de s'engager dans une consommation occasionnelle d'alcool associée à des comportements antisociaux modérés (OR = 7,81 ; p < .01) et de s'engager dans des polyconsommations ou une consommation régulière de tabac associées à des comportements antisociaux très sévères (OR = 3,71 ; p < .05).

En effet, 20 des 35 patients (57,1%) adoptant des comportements antisociaux sévères présentent un TOP. Sur ces 20 patients, 17 présentent un diagnostic principal de TDAH (85%) et 3 présentent un diagnostic principal de trouble internalisé (15%) (2 EDM, 1 trouble anxiété de séparation).

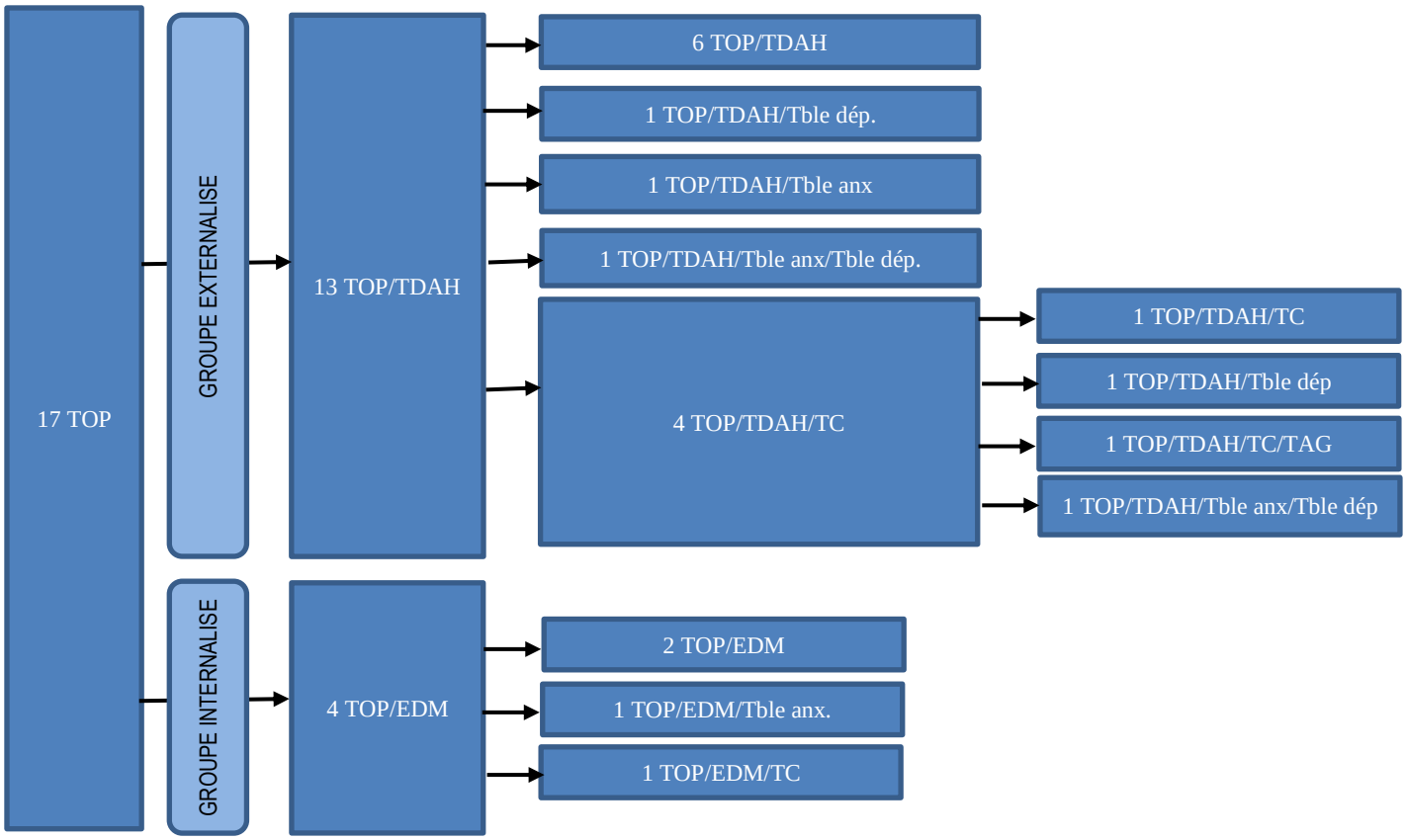
Figure 20. Comorbidités psychiatriques associées au TOP chez les patients adoptant des comportements antisociaux sévères



Finalement, parmi les 20 patients de ce profil présentant un TOP, quel que soit leur diagnostic principal, 45% d'entre eux présentent une comorbidité de troubles exclusivement externalisés, 15% présentent un TOP associé à un ou des troubles internalisés et 40% présentent un TOP associé à une comorbidité mixte (externalisé/internalisé).

17 des 27 patients (63%) engagés dans une consommation occasionnelle d'alcool associée à des comportements antisociaux modérés présentent un TOP. Sur ces 17 patients, 13 présentent un diagnostic principal de TDAH (76%) et 4 présentent un diagnostic principal d'EDM (24%).

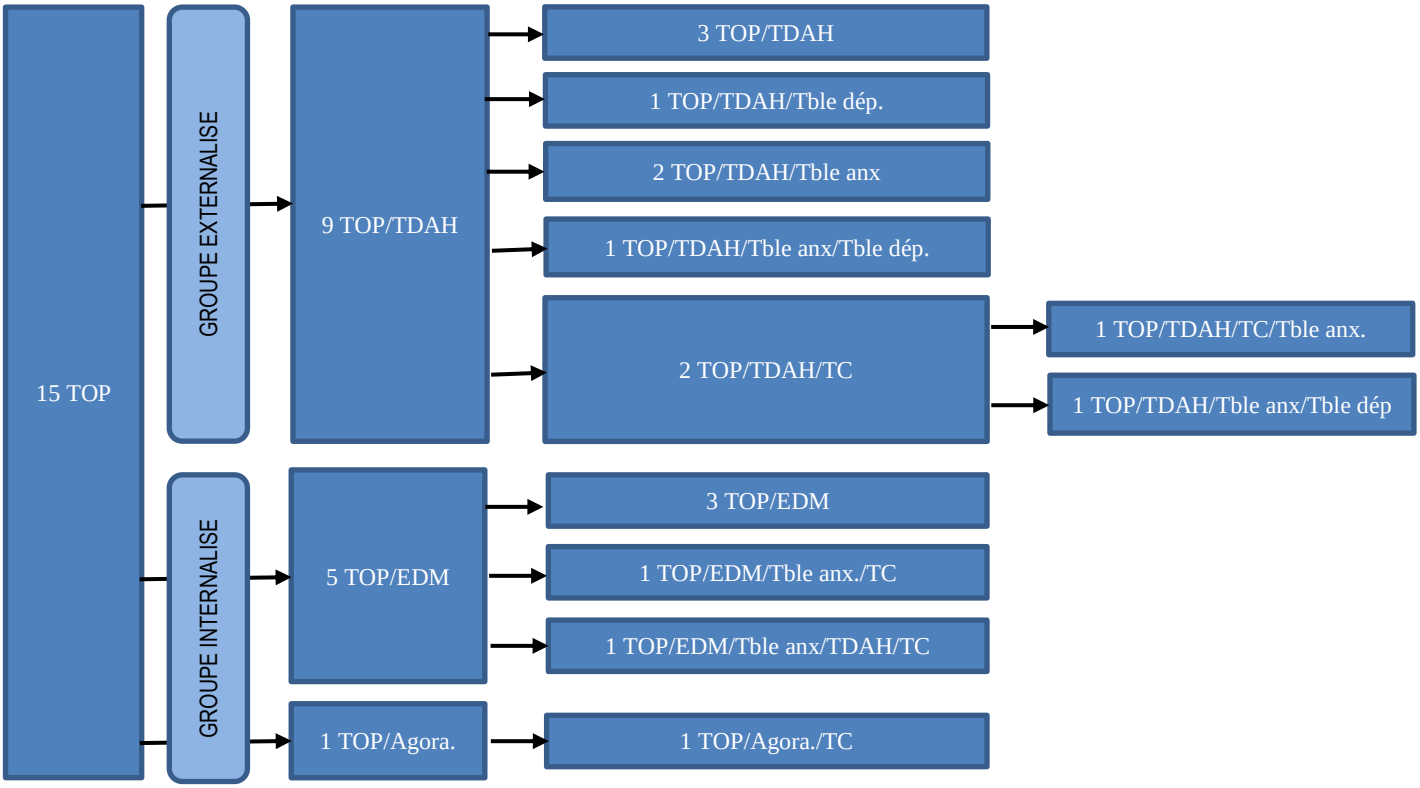
Figure 21. Comorbidités psychiatriques associées au TOP chez les patients consommateurs occasionnels d'alcool adoptant des comportements antisociaux modérés



Finalement, parmi les 17 patients de ce profil présentant un TOP, quel que soit leur diagnostic principal, 41,2% d'entre eux présentent une comorbidité de troubles exclusivement externalisés, 17,6% présentent un TOP associé à un ou des troubles internalisés et 41,2% présentent un TOP associé à une comorbidité mixte (externalisé/internalisé).

15 des 37 patients (40,5%) engagés dans une polyconsommation ou une consommation régulière de tabac associées à des comportements antisociaux très sévères présentent un TOP. Sur ces 15 patients, 9 présentent un diagnostic principal de TDAH (60%) et 6 présentent un diagnostic principal de trouble internalisé (5 EDM, 1 agoraphobie) (40%).

Figure 22. Comorbidités psychiatriques associées au TOP chez les patients consommateurs occasionnels d'alcool adoptant des comportements antisociaux modérés



Finalement, parmi les 15 patients de ce profil présentant un TOP, quel que soit leur diagnostic principal, 20% d'entre eux présentent une comorbidité de troubles exclusivement externalisés, 20% présentent un TOP exclusivement associé à un ou des troubles internalisés et 60% présentent un TOP associé à une comorbidité mixte (externalisé/internalisé).

Dans un second modèle d'analyse, l'âge a été inclus en introduction forcée afin d'être contrôlé, puis les diagnostics de TDAH, TOP, TC, EDM et les symptômes internalisés (anxiété, dépression) et externalisés évalués par les parents ont été inclus en méthode pas à pas descendante (Cf. tableau 31, ci-dessus).

Précisons que :
- 139 patients ont été évalués par leurs parents et ont rempli les questionnaires évaluant leurs symptomatologies anxieuse et dépressive,
- 7 variables psychopathologiques comprennent trop de variables aberrantes pour être incluses dans le modèle : opposition, inattention, hyperactivité, index TDAH, agressivité verbale, agressivité physique envers les objets et envers soi évalués par les enseignants et ont été supprimées de l'analyse (Cf. Annexe W).

Ainsi, dans le second modèle de régression, l'analyse des facteurs de vulnérabilité psychopathologiques n'a porté que sur une partie des variables évaluées et une partie des patients de chaque profil comportemental (entre 73% et 90,9%). Cependant, dans chaque profil comportemental, les patients retenus pour l'analyse des facteurs de vulnérabilité psychopathologiques ne se différencient pas significativement des patients non retenus sur les variables constitutives des profils (nombre et fréquence des comportements antisociaux, prévalence des consommateurs occasionnels et réguliers).

Dans la procédure d'analyse de régression logistique multinomiale, la modalité de référence choisie est le profil « neutre » (N = 32/36 soit 88,9% des adolescents de ce profil). L'âge et le sexe sont introduits dans le modèle d'analyse afin de contrôler leur influence.

Dans ce second modèle d'analyse, le TOP, l'EDM et les symptômes d'hyperactivité évalués par les parents sont les variables psychopathologiques qui discriminent le mieux les différents profils comportementaux, compte tenu de l'âge des adolescents. Ce modèle explique significativement 40,8% de l'appartenance à l'un des profils comportementaux, en référence au profil « neutre » ($R^2 = 0,408$; ddl = 4 ; $p < .001$).

Ainsi, un diagnostic de trouble dépressif majeur reste un facteur protecteur vis-à-vis de la plupart des profils comportementaux et un diagnostic de TOP caractérise mieux que les symptomatologies internalisées ou externalisés, les profils de patients engagés dans une consommation occasionnelle d'alcool associée à des comportements antisociaux modérés et d'adolescents engagés dans une polyconsommation/consommation régulière de tabac associée à des comportements antisociaux très sévères.

En revanche, des symptômes d'hyperactivité évalués comme élevés par les parents expliquent mieux qu'un diagnostic de TOP l'appartenance au profil de patients adoptant des comportements antisociaux sévères.

VIII.2. Personnalité

Précisons que :

- 157 patients ont rempli le JTCI dans son intégralité,
- 3 de ces patients présentent une valeur aberrante sur les dimensions de tempérament : dépendance à la récompense et persistance et ont été supprimés de l'analyse (Cf. Annexe X).

Ainsi, l'analyse des facteurs de vulnérabilité de personnalité n'a porté que sur une partie des patients de chaque profil comportemental (entre 81,5% et 97,3%). Cependant, dans chaque profil comportemental, les patients retenus pour l'analyse ne se différencient pas significativement des patients non retenus sur les variables constitutives des profils (nombre et fréquence des comportements antisociaux, prévalence des consommateurs occasionnels et réguliers).

Tableau 32. Dimensions de personnalité impliquées dans l'appartenance à chaque profil comportemental en milieu psychiatrique.

	Non violents neutres N = 31/33 soit 93,9%	**Antisociaux sévères** N = 33/35 soit 94,3%	**Alcool occasion/ Antisociaux modérés** N = 22/27 soit 81,5%	**Poly-tabac régulier/ Antisociaux très sévères** N = 36/37 soit 97,3%	R^2 ddl = 4
Facteur socio-démographique	OR	OR	OR	OR	
Age	ns	ns	**1,56***	**2,05*****	
Diagnostic principal					
Trouble externalisé (groupe de référence)	ns	**5,84****	**4,83***	ns	
Tempérament					
Recherche de nouveauté	ns	ns	**3,47***	**2,96***	**0,399*****
Caractère					
Coopération	ns	**0,22****	ns	ns	
Transcendance	ns	ns	ns	**0,33****	

Variables exclues : Evitement de la douleur, Dépendance à la récompense, Persistance,Autodétermination

** p < .05 ; ** p < .01 ; *** p < .001 ; ns non significatif*

Dans la procédure d'analyse de régression logistique multinomiale, la modalité de référence choisie est le profil « neutre » (N = 32/36 soit 88,9% des adolescents de ce profil). L'âge et le diagnostic principal sont introduits dans le modèle d'analyse afin de contrôler leur influence.

Dans un modèle d'analyse intégrant l'âge, le diagnostic principal, les dimensions de tempérament : recherche de nouveauté, évitement du danger, dépendance à la récompense et les dimensions de caractère : la coopération, l'auto-détermination et la transcendance ; la recherche de nouveauté, la coopération et la transcendance sont les variables de personnalité qui discriminent le mieux les différents profils comportementaux, compte tenu de l'âge et du diagnostic principal des adolescents. Ce modèle explique significativement 39,9% de l'appartenance à l'un des profils comportementaux en référence au profil « neutre ».

Ainsi, les patients adoptant des comportements antisociaux non violents neutres ne se différencient pas significativement des patients du profil « neutre » en termes de personnalité.

Cependant, les patients présentant une faible coopération sont significativement plus à risques que les patients du profil « neutre » d'adopter des comportements antisociaux sévères (coopération : OR = 0,22 ; $p < .01$).

Les patients présentant une forte recherche de nouveauté sont significativement plus à risques que les patients du profil « neutre » de s'engager dans une consommation occasionnelle d'alcool associée à des comportements antisociaux modérés (OR = 3,47 ; $p < .05$).

Les patients présentant une forte recherche de nouveauté et une faible transcendance sont significativement plus à risques que les patients du profil « neutre » de s'engager dans une polyconsommation ou une consommation régulière de tabac associée à des comportements antisociaux très sévères (recherche de nouveauté : OR = 2,96 ; $p < .05$; transcendance : OR = 0,33 ; $p < .01$).

VIII.3. Stress-coping

Précisons que :

- 163 patients ont rempli à la fois le PQ et le CASQ.

Ainsi, l'analyse des facteurs de vulnérabilité stress-coping n'a porté que sur une partie des patients de chaque profil comportemental (entre 90,9% et 100%). Cependant, dans chaque profil comportemental, les patients retenus pour l'analyse ne se différencient pas significativement des patients non retenus sur les variables constitutives des profils (nombre et fréquence des comportements antisociaux, prévalence des consommateurs occasionnels et réguliers).

Dans la procédure d'analyse de régression logistique multinomiale, la modalité de référence choisie est le profil « neutre » (N = 34/36 soit 94,4% des adolescents de ce profil). L'âge et le diagnostic principal sont introduits dans le modèle d'analyse afin de contrôler leur influence.

Tableau 33. Dimensions de stress perçu et stratégies de coping impliquées dans l'appartenance à chaque profil comportemental en milieu psychiatrique.

	Non violents neutres N = 30/33 soit 90,9%	**Antisociaux sévères** N = 34/35 soit 97,1%	**Alcool occasion/ Antisociaux modérés** N = 27/27 soit 100%	**Poly-tabac régulier/ Antisociaux très sévères** N = 37/37 soit 100%	R^2 ddl = 4
Facteur socio-démographique	OR	OR	OR	OR	
Age	ns	ns	ns	**1,69****	
Diagnostic principal					
Trouble externalisé (groupe de référence)	ns	**5,91****	**5,21****	ns	**0,273*****
Stress perçu					
Parents	**24,4*****	**17,27****	**12,63****	**7,99***	

Variables exclues : Stress perçu/école, pairs, loisirs, soi, futur, Coping actif/parents, pairs, avenir, école , Coping interne/parents, avenir, école, pairs, Coping retrait/parents, pairs, avenir, école

** p < .05 ; ** p < .01 ; *** p < .001 ; ns non significatif*

Dans un modèle d'analyse intégrant l'âge, le diagnostic principal, le niveau de stress perçu dans différents domaines, les stratégies de coping actif, interne, retrait dans les domaines de l'école, de l'avenir, des relations aux pairs et aux parents ; le stress perçu vis-à-vis des relations aux parents est la variable qui discrimine le mieux les différents profils comportementaux, compte tenu de l'âge et du diagnostic principal des adolescents. Ce modèle explique significativement 27,3% de l'appartenance à l'un des profils comportementaux, en référence au profil « neutre ».

Ainsi, les patients percevant un stress élevé dans la relation à leurs parents seraient plus à risques que les patients du profil « neutre » d'adopter des comportements antisociaux non violents neutres, des comportements antisociaux modérés à très sévères, associés ou non à une conduites de consommation.

IX. Discussion des résultats.

IX.1. Prévalence de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux

IX.1.1. Consommation de substances psychoactives

Dans ce volet de l'étude, 40% des adolescents en milieu psychiatrique consomment une substance psychoactive au moins occasionnellement (qu'ils déclarent ou non des comportements antisociaux associés). Cette prévalence est plus élevée qu'en milieu scolaire (34,9%) et incomberait surtout à une plus grande prévalence de consommateurs réguliers de tabac en milieu psychiatrique (14,3% vs. 6,3% en milieu scolaire). Cette prévalence de consommateurs réguliers de tabac est également plus élevée que la prévalence observée par l'étude HBSC 2010 dans une population de collégiens et cela pourrait être en partie lié au fait que la population de patients de cette étude soit plus âgée. En effet, ces patients ont une moyenne d'âge de 13,7 ans alors que les adolescents en milieu scolaire ont une moyenne d'âge de 13 ans (Currie, et al., 2012).

Conformément à l'étude en milieu scolaire, la consommation d'alcool et la polyconsommation de substances psychoactives (tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis) sont les plus prévalentes occasionnellement ; l'alcool étant la substance expérimentée le plus précocement (11,1 ans). Le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement.

Tout comme en milieu scolaire, quelle que soit la substance psychoactive considérée et sa modalité d'usage, il n'y a pas de différence de prévalence entre les garçons et les filles. Pourtant, dans cette population de patients, même si la prévalence de la consommation régulière de substances psychoactives reste peu élevée, ne permettant peut-être pas de

distinguer une différence de prévalence entre garçons et filles, la prévalence de la consommation régulière de tabac, en revanche, est plus élevée qu'en milieu scolaire. Le fait que nous n'obtenions pas de différence significative de prévalence entre garçons et filles pourrait être, ici aussi, mis en lien avec le fait qu'en 2006 selon l'enquête HBSC (2006), la consommation régulière de tabac tendait à se féminiser depuis 1996 (Legleye, et al., 2008)

Quelle que soit la modalité d'usage, il n'y a pas de différence significative entre les patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé et les patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé. Cela va à l'encontre de l'impression que donne la littérature scientifique selon laquelle les troubles externalisés représentent un facteur de vulnérabilité de premier plan vis-à-vis de la consommation de substances psychoactives. Cependant, aucune de ces études n'a comparé directement ces deux populations de patients. Ainsi, les troubles externalisés et internalisés représenteraient un risque équivalent de consommation occasionnelle ou régulière de substances psychoactives. Néanmoins, les troubles internalisés représenteraient un facteur de risque plus important vis-à-vis d'une consommation problématique de tabac.

IX.1.2. Comportements antisociaux

77,4% des adolescents en milieu psychiatrique, contre 73,4% en milieu scolaire, déclarent au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois (qu'ils consomment ou non une substance psychoactive). Conformément à l'étude en milieu scolaire, l'adoption de comportements antisociaux concerne plutôt les garçons (85,8% vs. 12,2% de filles), confirmant, ici aussi, les études selon lesquelles les garçons sont plus susceptibles que les filles de s'engager dans des comportements antisociaux à l'adolescence (Broidy, et al., 2003; Côté, et al., 2002a; Moffit, et al., 2001).

Les adolescents présentant un diagnostic principal de trouble externalisé sont plus nombreux que les patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé, à déclarer au moins un comportement antisocial. Cette étude confirme donc que les troubles externalisés représentent un facteur de vulnérabilité d'engagement dans des comportements antisociaux (August, et al., 2006; Biederman, et al., 2008) mais précise que c'est notamment le cas de la forme mixte (non violents et violents) de ces comportements. En effet, parmi les patients

présentant un diagnostic principal de trouble externalisé, la forme mixte des comportements antisociaux est la plus prévalente, notamment lorsqu'ils déclarent au moins trois comportements antisociaux. Il y aurait donc un lien entre la forme mixte des comportements antisociaux (violents et non violents) et leur multiplication.

Contrairement aux études repérant les troubles internalisés comme des facteurs associés ou de vulnérabilité aux comportements antisociaux (Angold, et al., 1999; Vermeiren, et al., 2002), cette étude observe qu'ils représenteraient, à l'inverse, un facteur de protection quant à l'engagement dans des comportements antisociaux. Cependant, il se pourrait que les troubles internalisés représentent davantage un facteur de vulnérabilité quant à la multiplication des comportements antisociaux, telles que certaines études le préconisent au sujet des symptômes dépressifs et de la sévérité des comportements antisociaux (Beyers & Loeber, 2003; Ritakallio, et al., 2006). En effet, parmi les patients déclarant au moins un comportement antisocial, 50% en déclarent au moins trois (contre 44,1% en milieu scolaire) et il s'agit tant des patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé qu'internalisé.

IX.1.3. Consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux

33% des adolescents en milieu psychiatrique (vs. 28,6% en milieu scolaire) associent des comportements antisociaux et des conduites de consommation. Comme en milieu scolaire, chez les adolescents en milieu psychiatrique associant comportements antisociaux et conduites de consommation, la consommation d'alcool et la polyconsommation tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis sont les plus prévalentes occasionnellement, l'alcool étant la substance psychoactive expérimentée le plus précocement (11 ans). Le tabac est la substance psychoactive la plus consommée régulièrement et la forme mixte des comportements antisociaux est la plus prévalente, quel que soit le diagnostic principal des patients.

Les patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé sont plus nombreux que les patients présentant un trouble internalisé et les adolescents en milieu scolaire à déclarer associer comportements antisociaux et conduites de consommation (68% vs. 32% des patients présentant un trouble internalisé et 28,6% des adolescents en milieu scolaire). Cela suggère que les troubles externalisés représentent un facteur de vulnérabilité vis-à-vis de la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation.

Parmi ces 33% de patients déclarant au moins un comportement antisocial et une conduite de consommation, en milieu psychiatrique, 62,5% déclarent au moins trois comportements antisociaux sur les douze derniers mois, majoritairement de forme mixte, contre 50% lorsque la présence d'une conduite de consommation n'est pas contrôlée. 37,5% déclarent une consommation régulière de tabac contre 35,8% lorsque la présence de comportements antisociaux n'est pas contrôlée, 8,9% déclarent une consommation régulière d'alcool contre 7,5% lorsque la présence de comportements antisociaux n'est pas contrôlée et 5,3% déclarent une consommation régulière de cannabis contre 4,5% lorsque la présence de comportements antisociaux n'est pas contrôlée et 8,9% déclarent une polyconsommation régulière contre 7,5% lorsque la présence de comportements antisociaux n'est pas contrôlée.

De manière générale, la prévalence des consommations régulières et la sévérité des comportements antisociaux sont plus importantes lorsque l'on contrôle la co-présence de comportements antisociaux et de conduites de consommation. Cela confirme l'idée d'une influence bi-directionnelle entre ces deux comportements (Cohen-Salmon, et al., 2005; D'Amico, et al., 2008; Doherty, et al., 2008; Marmorstein, Iacono, et al., 2010; Mason & Windle, 2002) tant en milieu scolaire qu'en milieu psychiatrique.

En résumé

- En milieu psychiatrique, la consommation d'alcool est la plus prévalente occasionnellement, la consommation de tabac est la plus prévalente régulièrement et la forme mixte des comportements antisociaux est prédominante. L'alcool est la substance consommée le plus précocement.

- Les troubles internalisés et externalisés représenteraient des facteurs de vulnérabilité équivalents vis-à-vis de la consommation de substances psychoactives.

- Lorsque la co-présence de conduites de consommation et de comportements antisociaux est contrôlée, les comportements antisociaux semblent plus nombreux, la forme mixte plus dominante et la prévalence des conduites de consommation régulières, notamment de tabac, plus importante.

Ce premier état des lieux de la prévalence de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux permet d'observer que tous les adolescents en milieu psychiatrique n'associent pas nécessairement conduite de consommation et comportements antisociaux. Ainsi, 40% d'entre eux déclarent au moins une consommation de substance psychoactives, 77,4% déclarent au moins un comportement antisocial, et 33% déclarent au moins un comportement antisocial associé à une conduite de consommation. Certains patients s'engageraient donc exclusivement dans des conduites de consommation ou exclusivement dans des comportements antisociaux et d'autres associeraient ces deux comportements.

De plus, dans cette association entre conduites de consommation et comportements antisociaux, il semble que la consommation occasionnelle d'alcool, la consommation régulière de tabac et la forme mixte des comportements antisociaux soient les plus impliquées. L'analyse en cluster révèle en effet différents profils comportementaux au sein de cette association entre consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux selon le type de substance psychoactive consommée et la forme clinique des comportements antisociaux.

IX.2. Profils comportementaux.

Rappelons que le second objectif de cette étude était d'analyser précisément les différents profils comportementaux des patients en fonction du type de produit consommé et de la forme clinique des comportements antisociaux.

Hypothèse 2. a) L'analyse en cluster révèlera différents profils comportementaux selon la forme clinique des comportements antisociaux et le type de produit consommé dont au moins un profil de patients peu ou pas consommateurs et adoptant peu ou pas de comportements antisociaux (neutre), un profil de consommateurs (consommateurs), un profil de patients adoptant des comportements antisociaux (antisociaux) et un profil de consommateurs antisociaux (consommateurs antisociaux).

Cette hypothèse n'est que partiellement validée. En effet, en population psychiatrique, contrairement aux profils obtenus en population générale, nous ne retrouvons pas de profil de consommateurs (sans comportements antisociaux associés). En revanche, deux profils de

patients adoptant des comportements antisociaux, deux profils de consommateurs antisociaux et un profil « neutre » se dessinent.

Profil Neutre

Peu ou pas de consommation de substances psychoactives et peu ou pas de comportements antisociaux

- Plutôt des patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé
- Autant de garçons que de filles
- Adolescents parmi les plus jeunes (13,3 ans)

Ce profil comportemental représente 21,4% des adolescents en milieu psychiatrique, autant de garçons que de filles.

Il n'est pas comparable au profil « neutre » obtenu en population scolaire car il ne regroupe pas uniquement des adolescents ne déclarant aucun comportement antisocial ni aucune conduite de consommation. Il serait éventuellement un regroupement des profils « neutre » (plutôt féminin) et « violents neutres » (plutôt masculin) obtenus en milieu scolaire, car si la majorité des adolescents (N = 27/36) de ce profil ne déclarent aucun comportement antisocial, avec une légère prédominance des filles, une minorité d'entre eux (N = 9/36) déclarent quelques comportements antisociaux exclusivement violents non sévères et sont surtout des garçons. Ceci pourrait expliquer pourquoi ce profil concerne tant les garçons que les filles.

Enfin, ce profil réunit significativement plus de patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé que de patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé : soit 22 adolescents présentant un diagnostic principal de trouble internalisé (13 épisodes dépressifs majeurs et 9 troubles anxieux : anxiété de séparation, phobie sociale, troubles anxieux généralisé, trouble panique) et 14 adolescents présentant un diagnostic principal de TDAH. Nous pourrions alors faire l'hypothèse que les troubles internalisés représentent un facteur protecteur vis-à-vis de l'adoption de comportements antisociaux et de conduites de consommation. Néanmoins, le profil comportemental suivant ne corrobore pas l'idée des troubles internalisés comme facteur protecteur vis-à-vis des comportements antisociaux. En effet, les études quant à l'implication des troubles internalisés dans les comportements antisociaux restent non consensuelles (Cosgrove, et al., 2011; Loeber & Burke, 2011).

Ainsi, au-delà du diagnostic principal, la relative absence de comportements antisociaux et de conduites de consommation chez les patients de ce profil pourrait s'expliquer par deux raisons : 1) ce profil comportemental regroupe les patients parmi les plus jeunes n'ayant peut-être pas encore fait la rencontre de substances psychoactives et 2) 75% des patients de ce profil sont sous traitement médicamenteux (Cf. Annexe T) : anxiolytiques et/ou antidépresseurs ou psychostimulants. Les patients de ce profil, notamment parce qu'ils sont les plus jeunes, répondent peut-être mieux à leur traitement que les patients des autres profils comportementaux ; ce traitement ayant alors un impact sur leur engagement dans des comportements antisociaux et/ou des conduites de consommation.

Profil Non violents neutres
Comportements antisociaux exclusivement non violents et non sévères

- Plutôt des patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé
- Adolescents parmi les plus âgés (13,6 ans)
- Autant de garçons que de filles

Ce profil de patients représente 19,6% des adolescents en milieu psychiatrique, autant de garçons que de filles et réunit significativement plus de patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé que de patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé, soit : 19 patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé (12 troubles dépressifs et 7 troubles anxieux) et 14 adolescents présentant un diagnostic principal de TDAH.

Nous pourrions alors faire l'hypothèse que les troubles internalisés représentent un facteur, cette fois de vulnérabilité, vis-à-vis de l'adoption de comportements antisociaux exclusivement non violents et non sévères. Néanmoins, nombreux, dans ce profil, restent les adolescents présentant un diagnostic principal de trouble externalisé. En milieu psychiatrique, l'adoption de comportements antisociaux exclusivement non violents et non sévères pourrait donc être mieux expliquer par d'autres enjeux.

En effet, comme en milieu scolaire, ce profil n'est pas l'indicateur d'une sévérité des comportements antisociaux, et est surtout caractérisé par des mensonges répétés pour échapper à ses obligations et le fait de rester tard dehors la nuit malgré les interdictions

parentales. Il pourrait s'agir là aussi de mensonges utilitaires (Aubron, et al., 2007) et, de manière générale, de comportements antisociaux non violents pour lesquels la transgression relèveraient des mêmes enjeux que les mensonges répétés, soit échapper à ses obligations. Cela signifie que ces manifestations transgressives, lorsqu'elles sont exclusives, ne seraient pas l'indicateur d'une psychopathologie en particulier, se retrouvant tant en population scolaire que psychiatrique et tant chez les garçons que chez les filles et relevant probablement d'enjeux probablement développementaux inhérents à l'adolescence.

Une autre hypothèse peut être faite au sujet du traitement médicamenteux des patients de ce profil. En effet, ils sont 66,7% à suivre un traitement médicamenteux : anxiolytiques et/ou antidépresseurs, neuroleptiques ou psychostimulants ; et la moitié d'entre eux (50%), depuis plus d'un mois (Cf. Annexe U). Il est alors possible que leur médication ait permis de prévenir l'engagement dans des conduites de consommation et des manifestations antisociales plus sévères alors que persistent toujours des comportements de transgression non sévères et probablement inhérents à l'adolescence.

Profil Antisociaux sévères
Comportements antisociaux non violents modérés et violents sévères

- Autant de garçons que de filles
- Adolescents parmi les plus jeunes (13,2 ans)
- Plutôt des patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé
- Conduites à risques associées : Jeux d'agression

Ce profil regroupe 20,8% des adolescents en milieu psychiatrique parmi les plus jeunes, autant des garçons que des filles présentant plutôt des troubles externalisés. Il réunit en effet 26 adolescents présentant un diagnostic principal de TDAH et 9 adolescents présentant un trouble internalisé (7 troubles dépressifs et 2 troubles anxieux).

Ce sont des patients adoptant des comportements antisociaux à la fois violents et non violents, et ceux-ci sont plus sévères que lorsqu'ils sont exclusivement non violents (Cf. profil précédent). Comme en milieu scolaire, cette étude confirme le lien entre la forme mixte des comportements antisociaux et leur sévérité.

Ainsi, les comportements antisociaux déclarés par ce profil de patients sont modérés pour la forme non violente et sévères pour la forme violente. Cette observation suggère que les troubles externalisés seraient impliqués dans l'adoption de comportements antisociaux sévères confirmant les résultats des études selon lesquelles les troubles externalisés représentent un facteur de vulnérabilité à l'adoption de comportements antisociaux (Biederman, et al., 2008), mais précisant que cela est le cas lorsqu'il s'agit de la forme mixte de ces comportements avec des comportements antisociaux violents sévères.

Ce profil n'est pas retrouvé en population scolaire au sein de laquelle, nous avons pu confirmer que la sévérité des comportements antisociaux est associée à l'adoption de conduites de consommation (Henry, et al., 2009; Wanner, et al., 2009). Notons que les patients de ce profil font partie des patients les plus jeunes, qui n'auraient peut-être pas encore rencontré de substances psychoactives dans leur trajectoire développementale.

Cela dit, il semble tout de même que ce profil comportemental soit spécifique aux adolescents en milieu psychiatrique présentant un trouble externalisé, notamment par la sévérité des comportements antisociaux violents déclarés. En effet, pour ces patients associant comportements antisociaux non violents modérés et violents sévères, les comportements antisociaux violents sont très diversifiés (destruction volontaire de biens appartenant à autrui, utilisation d'un objet comme une arme, cruauté envers une personne ou un animal, bagarre, menaces/brutalité) et associés à une pratique de jeux d'agression qui pourraient être l'indicateur ou l'une des modalités d'expression et de diversification de cette forme clinique des comportements antisociaux.

De plus, 79,4% des patients de ce profil suivent un traitement médicamenteux (Cf. Annexe T) et la plupart de ces patients traités : neuroleptiques, psychostimulants, le sont depuis plus d'un mois (69,2%) (Cf. Annexe U). Il y aurait donc persistance de manifestations antisociales malgré la prise d'un traitement. Il semble donc primordial de préciser le profil psychologique de ces patients.

Enfin, au vu de la prédominance de patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé, il paraît surprenant, dans ce profil, de ne pas retrouver de différence significative entre garçons et filles. Néanmoins, bien qu'aucune différence significative ne soit observée, ce profil reste tout de même celui qui réunit le plus de garçons, car si l'échantillon de départ

est constitué de quasiment deux fois plus de garçons que de filles, ce profil de patients réunit plus de trois fois plus de garçons (N = 27) que de filles (N = 8). Il est possible que le nombre de profils comportementaux et les faibles effectifs dans chacun d'eux n'aient pas permis des analyses statistiques (Khi² partiels) assez discriminantes quant au genre des patients de ce profil.

En résumé,

- En milieu psychiatrique, les adolescents adoptant des comportements antisociaux sans conduites de consommation représentent 40,4% des patients de cette étude et se déclinent sous deux profils comportementaux : 1) des patients adoptant des comportements antisociaux exclusivement non violents et non sévères et 2) des patients adoptant des comportements antisociaux non violents modérés et violents sévères.

- Ces deux profils de patients antisociaux permettent : 1) de confirmer l'idée de mensonge utilitaire et de comportements de transgression (non violents) non sévères que l'on pourrait considérer comme faisant partie du développement normal des adolescents, 2) de confirmer également que la forme mixte des comportements antisociaux (à la fois violents et non violents) serait associée à une augmentation de la sévérité de ces comportements, et 3) de révéler un profil de patients antisociaux sévères qui serait spécifique aux adolescents en milieu psychiatrique, notamment aux patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé, et dont la sévérité des manifestations antisociales concerne surtout leur forme violente.

Profil Alcool occasion/antisociaux modérés

Consommation occasionnelle d'alcool associée à des comportements antisociaux violents et non violents modérés

- Autant de filles que de garçons
- Adolescents parmi les plus âgés (13,9 ans)
- Plutôt des patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé
- Conduites à risques associées : Sport à risques

Ce profil comportemental réunit 16,1% des adolescents en milieu psychiatrique parmi les plus âgés confirmant l'hypothèse 2. c) selon laquelle les profils de patients consommateurs antisociaux réuniront les patients les plus âgés.

Ce profil de patients concerne tant les garçons que les filles suggérant que la consommation exclusive d'alcool ne discrimine pas les garçons des filles, conformément à l'idée proposée en milieu scolaire.

Ce profil comportemental concerne plutôt les patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé. En effet, il réunit 19 adolescents présentant un diagnostic principal de TDAH et 8 adolescents présentant un diagnostic de trouble dépressif (épisode dépressif majeur, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive). Cela suggère que les troubles externalisés représentent un facteur de vulnérabilité vis-à-vis de l'association entre comportements antisociaux mixtes et consommation d'alcool.

Notons cependant que pour ce profil de patients, ces comportements antisociaux restent modérés. Une des hypothèses qui pourrait être proposée réside bien évidemment dans le fait que 77,8% des patients de ce profil sont sous traitement (Cf. Annexe T) : neuroleptiques, psychostimulants ; et la majorité d'entre eux le sont depuis plus d'un mois (71,4%) (Cf. Annexe U).

Néanmoins, ils présentent également d'autres manifestations comportementales permettant d'élaborer une autre hypothèse. En effet, les patients de ce profil sont relativement plus nombreux que les patients des autres profils à s'engager dans des sports à risques, soit une prise de risques « socialement valorisée » (Turner, et al., 2004). Nous pourrions donc faire l'hypothèse que ce profil de patients s'inscrit dans une expression comportementale

antisociale, plutôt transgressives, et de prise de risques « raisonnée » (sports à risques, consommation exclusive et occasionnelle d'alcool).

Profil Poly-tabac régulier/antisociaux très sévères
Polyconsommation occasionnelle et régulière et consommation régulière et parfois à risques de tabac, comportements antisociaux non violents et violents très sévères

- Autant de filles que de garçons
- Adolescents les plus âgés (14,7 ans)
- Autant de patients présentant des troubles externalisés qu'internalisés
- Conduites à risques associées : Prise de risques en deux roues, Jeux de défis

Ce profil comportemental concerne 22% des adolescents en milieu psychiatrique parmi les plus âgés, confirmant l'hypothèse 2. c) selon laquelle les profils de patients consommateurs antisociaux réuniront les patients les plus âgés.

En milieu psychiatrique, si la consommation de substances psychoactives est associée à l'adoption de comportements antisociaux mixtes, l'augmentation de la sévérité des comportements antisociaux, de forme violente et non violente, serait associée à une consommation de substances psychoactives à risques (polyconsommation occasionnelle ou régulière ou consommation régulière de tabac).

En effet, ces patients déclarent des comportements antisociaux violents et non violents très sévères, confirmant partiellement l'hypothèse 2. b) selon laquelle les patients consommateurs antisociaux auront des comportements antisociaux plus sévères que les patients antisociaux. (Partiellement car le profil précédent de patients consommateurs antisociaux ne confirme pas cette hypothèse). Néanmoins, notons que ce second profil de patients consommateurs antisociaux comprend 61,8% d'adolescents traités depuis moins d'un mois (Annexe U) : anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques ou psychostimulants.

Ce profil de patients réunit tant de patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé que de patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé. En effet, il réunit 19 adolescents présentant un diagnostic principal de TDAH et 18 adolescents présentant un diagnostic principal de trouble internalisé (10 troubles anxieux : trouble anxieux

de séparation, trouble anxieux généralisé, phobie sociale, épisode de stress post-traumatique ; et 8 épisodes dépressifs majeurs). Cela nuance la proposition précédente suggérant que les troubles externalisés représentent un facteur de vulnérabilité vis-à-vis de la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation et précise que lorsque la sévérité de ces comportements augmente, les troubles internalisés seraient tout autant impliqués. L'analyse des comorbidités psychiatriques de ce profil de patients apportera un éclairage à cette proposition. Nous le verrons ultérieurement.

Ce profil de patients adoptant des comportements antisociaux mixtes et des conduites de consommation à risques se retrouve également en milieu scolaire ; et de la même manière qu'en milieu scolaire, ce profil de patients comprend les adolescents parmi les plus nombreux à adopter plusieurs autres types de conduites à risques. En effet, ces patients s'engagent préférentiellement dans des prises de risques en deux roues et des jeux de défis, deux conduites à risques à connotation transgressive. Cela confirme l'hypothèse 2. d) selon laquelle les patients consommateurs antisociaux seront plus nombreux à s'engager dans des conduites à risques que les patients antisociaux et les patients du profil neutre.

En résumé,

◘ Les patients consommateurs antisociaux représentent 38,1% des patients et se déclinent sous deux profils comportementaux : 1) des adolescents adoptant des comportements antisociaux mixtes modérés associés à une consommation occasionnelle d'alcool et 2) des adolescents adoptant des comportements antisociaux mixtes très sévères associés à une polyconsommation ou une consommation régulière de tabac.

◘ L'adoption de comportements antisociaux de forme mixte est associée à une consommation de substances psychoactives, quel que soit le produit considéré. Néanmoins, l'augmentation de la sévérité des comportements antisociaux représenterait un indicateur spécifique de consommation à risques (polyconsommation occasionnelle ou régulière ou consommation régulière de tabac).

◘ Tout comme l'étude en milieu scolaire, cette étude en milieu psychiatrique confirme que la consommation de substances psychoactives débute et s'installe à l'adolescence (Barnes, et al., 2005; Michel, et al., 2006) et précise qu'il s'agirait plutôt du milieu d'adolescence (14 ans en moyenne).

◘ Enfin, la diversification des conduites à risques serait un indicateur de la co-occurrence et de la sévérité des comportements antisociaux et des conduites de consommation.

Finalement, l'analyse en cluster en milieu psychiatrique révèle que tous les adolescents présentant des troubles psychopathologiques ne vont pas nécessairement s'engager dans des comportements antisociaux et des conduites de consommation. Elle permet également de repérer que certains profils comportementaux seraient semblables à certains profils obtenus en population scolaire alors que d'autres seraient spécifiques aux adolescents présentant un diagnostic principal de trouble externalisé. Enfin, il semble que le diagnostic principal des adolescents ne suffise pas à saisir les enjeux sous-jacents à chaque profil comportemental. L'analyse des facteurs de vulnérabilité psychopathologiques et psychologiques impliqués dans chacun de ces profils permet alors de préciser ces premières observations.

IX.3. Facteurs de vulnérabilité impliqués dans chaque profil comportemental.

Le troisième objectif de ce travail était d'identifier les facteurs psychopathologiques et psychologiques impliqués dans les différents profils comportementaux et distinguer l'implication préférentielle des troubles psychopathologiques et de la symptomatologie associée à ces troubles.

IX.3.1. Troubles et symptômes psychopathologiques

Hypothèse 3. a) Un diagnostic actuel de trouble externalisé et/ou internalisé discriminera les différents profils comportementaux. La comorbidité de troubles externalisés et internalisés expliquera l'appartenance aux profils des consommateurs antisociaux. Cette hypothèse est partiellement validée.

En effet, il semble qu'un diagnostic de TOP, quel que soit le diagnostic principal des patients, représente un facteur de vulnérabilité de premier plan, à la fois vis-à-vis de l'adoption de comportements antisociaux mixtes (violents et non violents) et de leur co-occurrence avec des conduites de consommation.

Ainsi, conformément à l'hypothèse 3.a), 80% des patients du profil de consommateurs antisociaux le plus sévère qui présentent un TOP, présentent un trouble internalisé comorbide, notamment un trouble dépressif. Cette comorbidité mixte est souvent associée à un autre trouble externalisé, notamment le TDAH. Cette étude confirme donc qu'une comorbidité de troubles externalisés et internalisés représente un facteur de vulnérabilité vis-à-vis de la co-occurrence des comportements antisociaux et des conduites de consommation, mais précise que cela est le cas uniquement lorsque cette comorbidité est organisée autour d'un TOP et qu'elle est associée à une co-occurrence de comportements antisociaux très sévères et de conduites de consommation à risques (polyconsommation ou consommation régulière de tabac). Cette étude souligne donc l'importance capitale d'investiguer les troubles internalisés comorbides chez les patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé ; et propose également une recherche systématique de la présence d'un TOP chez les patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé. En effet, ce trouble, souvent peu exploré, semble représenter un enjeu majeur en termes de prévention des conduites de consommation et des comportements antisociaux en milieu psychiatrique.

Deux autres profils comportementaux s'organisent également autour d'un TOP comme énoncé au départ. Ainsi, les patients adoptant des comportements antisociaux sévères (notamment de forme violente) et ceux adoptant des comportements antisociaux modérés associés à une consommation occasionnelle d'alcool se caractérisent par un TOP majoritairement associé à un TDAH. De plus, près de la moitié des adolescents adoptant des comportements antisociaux sévères sans conduites de consommation présentent un TC comorbide à leur TDAH/TOP. Ces deux profils semblent donc clairement associés à une comorbidité de troubles externalisés. Néanmoins, leurs manifestations comportementales sont extrêmement différentes, en termes de sévérité des comportements antisociaux d'une part et en termes de conduites de consommation d'autre part. C'est pourquoi, il semble nécessaire d'interroger l'implication des symptomatologies associées à ces troubles afin de mieux comprendre ce qui fait la spécificité de chacun de ces profils.

Hypothèse 3. b) Les scores de symptômes dépressifs (CDI) et anxieux (STAI) et les symptômes d'inattention, d'hyperactivité/impulsivité, d'opposition (Conners) et d'agressivité (OAS) évalués par les parents et par les enseignants discrimineront mieux les différents profils comportementaux que les diagnostics de troubles psychiatriques. Cette hypothèse est partiellement validée.

En effet, aucune symptomatologie ne semble caractériser mieux qu'un TOP les patients consommateurs antisociaux. Cela souligne d'autant plus, l'importance d'investiguer la présence d'un TOP lorsque l'on souhaite prévenir l'apparition de conduites de consommation et leur évolution vers un usage à risques, et ce, tant chez des patients présentant un diagnostic principal de trouble externalisé que chez des patients présentant un diagnostic principal de trouble internalisé.

Néanmoins, au-delà d'une comorbidité TDAH/TOP (voire TC), des symptômes d'hyperactivité/impulsivité évalués comme élevés par les parents seraient caractéristiques des patients adoptant des comportements antisociaux sévères sans conduites de consommation. Cela suggère également que chez des patients présentant une comorbidité de troubles externalisés, la prégnance des symptômes d'hyperactivité/impulsivité serait un facteur protecteur vis-à-vis de l'engagement dans une conduite de consommation, cristallisant alors la trajectoire développementale de ces adolescents dans des manifestations exclusivement antisociales et sévères, notamment de forme violente.

De plus, notons que près de la moitié des adolescents de ce profil présentent un TC associé à leur TDAH/TOP et qu'il est probable que ces adolescents aient présenté très tôt dans l'enfance des signes d'agressivité physique sub-syndromique à un TC, qui, associés à un TOP et symptomatologie hyperactive/impulsive sévère et chronique les ont inscrits dans une trajectoire développementale exclusivement antisociale marquée notamment par des comportements violents sévères (Bor, et al., 2004; Tremblay, 2000). En effet, les adolescents dont les conduites antisociales commencent tôt dans l'enfance seraient moins enclins à consommer des substances psychoactives, comparés aux adolescents dont les conduites antisociales se manifestent plus tard à l'adolescence (Grilo, Becker, Fehon, & Edell, 1996).

En résumé,

◘ Cette étude montre qu'une comorbidité de troubles externalisés et internalisés, organisée autour d'un TOP, représente un facteur de vulnérabilité uniquement vis-à-vis de la co-occurrence de comportements antisociaux violents et non violents très sévères et de conduites de consommation à risques (polyconsommation ou consommation régulière de tabac).

◘ Il est probable que les patients de cette étude présentant une comorbidité TDAH/TOP (voire TDAH/TOP/TC) et une symptomatologie hyperactive élevée aient présenté très tôt dans l'enfance des signes d'agressivité physique sub-syndromique à un TC, qui, associés à une symptomatologie hyperactive/impulsive sévère et chronique les ont inscrits dans une trajectoire développementale exclusivement antisociale marquée notamment par des comportements violents sévères mais sans consommation de substances psychoactives.

IX.3.2. Personnalité

Hypothèse 3. c) Les scores aux dimensions tempéramentales et de caractère obtenus au JTCI discrimineront les différents profils comportementaux. Une forte recherche de nouveauté, une faible dépendance à la récompense, un faible évitement du danger, une faible persistance, une faible coopération et une faible autodétermination expliqueront l'appartenance aux profils des consommateurs antisociaux. Cette hypothèse est partiellement validée.

En effet, dans cette étude, les deux profils de patients consommateurs antisociaux ont en commun une forte recherche de nouveauté confirmant, comme en milieu scolaire, qu'une forte recherche de nouveauté est impliquée dans la co-occurrence de comportements antisociaux mixtes et de conduites de consommation de substances psychoactives.

Néanmoins, contrairement à l'étude en milieu scolaire, elle ne serait pas impliquée dans l'adoption de comportements antisociaux mixtes sans conduites de consommation alimentant l'idée que ce profil de patients, adoptant des comportements antisociaux sévères sans consommer de substances psychoactives, est spécifique aux adolescents présentant une comorbidité de troubles externalisés et des symptômes d'hyperactivité élevés. En effet, ces patients se caractérisent surtout par une immaturité sociale. Cela corrobore la suggestion précédente selon laquelle ces adolescents, présentant une comorbidité TDAH/TOP (voire

TC), ont sûrement présenté très tôt dans l'enfance des conduites antisociales marquées notamment par des comportements violents traduisant probablement précocement une difficulté à entrer en relation avec les autres. Leur immaturité sociale expliquerait donc en partie la sévérité de leurs comportements antisociaux violents alimentant l'idée, précédemment émise dans l'étude en milieu scolaire, selon laquelle il y aurait un lien étroit entre l'immaturité sociale et les comportements antisociaux de forme violente. Finalement, chez ces patients inscrit très tôt dans une problématique relationnelle d'opposition à l'autre relevant d'enjeux à la fois psychopathologique (TOP) et de personnalité, il semble que cette comorbidité de troubles externalisés se cristallise dans des comportements antisociaux sévères, notamment violents.

D'autre part, les patients consommant exclusivement de l'alcool et adoptant des comportements antisociaux modérés sont des adolescents présentant surtout une comorbidité TDAH/TOP qui s'engageraient dans une telle consommation par besoin de stimulations nouvelles (forte recherche de nouveauté). Les troubles externalisés représenteraient donc un facteur de vulnérabilité à s'engager dans des comportements antisociaux et d'y associer une conduite de consommation, surtout lorsque le spectre des manifestations comportementales externalisés de ces patients relève d'enjeux tempéramentaux. Ainsi, il est probable que les résultats contradictoires des études portant sur le TDAH et les conduites de consommation s'expliquent par le fait qu'elles n'ont pas pris en compte le trait tempéramental de recherche de nouveauté ; car si ce trait tempéramental est fortement présent chez les patients TDAH (Lynn et al., 2005; Purper-Ouakil D et al., 2010), ceux d'entre eux adoptant des comportements antisociaux, même modérés, et pour lesquels ce trait tempéramental est fortement présent, sont les plus à risques de consommer des substances psychoactives.

Néanmoins ne perdons pas de vue que ce profil de patients se caractérise par un diagnostic de TDAH comorbide à un TOP. Il s'agit donc d'adolescents qui s'inscrivent également dans une relation d'opposition à l'autre teintée de sentiments de frustration pouvant expliquer leurs manifestations antisociales réactionnelles à ces frustrations. Leur forte recherche de nouveauté ne ferait que précipiter le passage à l'acte et la diversification de leurs moyens d'obtenir des stimulations nouvelles (consommation occasionnelle d'alcool, comportements antisociaux, notamment de transgression, sports à risques). Néanmoins ces conduites de consommation (occasionnelles) et antisociales (plutôt transgressives) restent relativement modérées et associées à des conduites à risques transgressives et plutôt socialement valorisées (Turner, et

al., 2004). La consommation d'alcool et la pratique de sports à risques pourraient alors pour ces patients revêtir une valeur socialisante compensant éventuellement des relations interpersonnelles conflictuelles.

Le profil de patients consommateurs antisociaux le plus sévères (polyconsommation ou consommation régulière de tabac associée à des comportements antisociaux très sévères) se caractérise, quant à lui, à la fois par une forte recherche de nouveauté et une faible transcendance. Rappelons que la transcendance décrit la dimension spirituelle de la personnalité, la prise de conscience universelle, la méditation, la prière, le détachement de soi et traduit la maturité spirituelle d'un individu.

Ces patients auraient donc des difficultés à se décentrer d'eux-mêmes, probablement de leur propre façon de voir les choses, leur propre désir puisque ce profil de patients se caractérise surtout par un TOP. Ils ressemblent dans une certaine mesure au profil précédent de consommateurs antisociaux, notamment par leur besoin de stimulations nouvelles qu'ils traduisent par une diversité de comportements antisociaux (violents et non violents), de conduites de consommation (polyconsommation) et de conduites à risques (prises de risques en deux roues, jeux de défis). Néanmoins, leurs manifestations antisociales et leurs conduites de consommation sont plus sévères probablement en réponse à une détresse émotionnelle sévère (troubles internalisés comorbides) résultant de relations sociales conflictuelles. Cela rappelle l'idée de recours aux substances psychoactives comme moyen d'automédication (Michel, 2001).

En résumé,

- En milieu psychiatrique, les patients adoptant des comportements antisociaux sévères, notamment violents, sans conduites de consommation se caractérisent par une comorbidité TDAH/TOP (voire TC) et s'inscrivent dans une problématique relationnelle d'opposition à l'autre relevant d'enjeux tant psychopathologique que de personnalité.

◘ Les consommateurs antisociaux, dans cette étude s'inscrivent tant dans une dynamique de recherche de stimulations que de relations interpersonnelles conflictuelles. Ainsi, chez des patients présentant une comorbidité TDAH/TOP, le recours à une consommation occasionnelle d'alcool, l'adoption de comportements antisociaux modérés et la pratique de conduites à risques socialement valorisées pourraient répondre à la fois à leur besoin de stimulations nouvelles et de transgression et revêtir une valeur « re-socialisante » compensant éventuellement des relations sociales conflictuelles.

◘ Chez des patients présentant une comorbidité mixte de troubles externalisés (notamment TOP) et internalisés (notamment trouble dépressif), la sévérité de leurs manifestations antisociales, de leurs conduites de consommations et leurs prises de risques diverses pourraient répondre : 1) à un besoin de stimulations nouvelles relevant d'enjeux tempéramentaux, 2) à une détresse relationnelle relevant d'enjeux à la fois psychopathologiques et de personnalité et 3) à une détresse émotionnelle avérée. Leur consommation de substances psychoactives pourrait alors être entendue comme moyen d'automédication.

Ces différentes propositions suggèrent que les patients adoptant des comportements antisociaux à la fois violents et non violents, quelle qu'en soit la sévérité et que ceux-ci soient associés ou non à des conduites de consommation, rencontrent des difficultés relationnelles et y répondent de manière dysfonctionnelle à défaut probablement de stratégies d'adaptation efficaces. L'analyse du stress perçu et des stratégies de coping utilisées dans différents domaines par ces différents profils de patients pourrait alors permettre d'éclairer cette proposition.

IX.3.3. Stress-coping

Hypothèse 3. d) Les scores de stress perçu obtenus au CASQ et des différents types de stratégies de coping obtenus au PQ discrimineront les différents profils comportementaux. Un stress perçu élevé et l'utilisation de stratégies de coping retrait expliqueront l'appartenance aux profils des consommateurs antisociaux. Cette hypothèse est partiellement validée.

En effet, dans cette étude, la perception d'un stress élevé dans le domaine des relations aux parents est fortement impliquée dans tous les profils comportementaux et vient supplanter l'implication d'autres domaines de stress perçu et des stratégies de coping. Ce résultat ne permet donc pas d'éclairer les suggestions précédentes.

Néanmoins, il relève d'une réalité clinique chez ces adolescents, qui mobilisent, de par leur prise en charge en service de pédopsychiatrie, toute l'attention de leurs parents, souvent très inquiets et culpabilisés à l'idée que leur enfant ait besoin d'un suivi psychiatrique. Nous pourrions faire l'hypothèse que l'attitude de ces parents renvoie ces adolescents à un état de dépendance qui les dérange et les préoccupe, notamment chez les patients présentant un TOP.

En résumé,

- En milieu psychiatrique, la particularité de la population étudiée ne permet pas d'approfondir la question de l'implication du stress perçu et des stratégies de coping dans les différents profils comportementaux.

- Néanmoins, le fait que ces patients soit très préoccupés par leurs relations à leurs parents traduit une réalité clinique dont on ne peut vraisemblablement pas faire l'économie, notamment après avoir repéré qu'un TOP est fortement impliqué dans l'adoption de comportements antisociaux sévères et dans la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation. En termes de prévention et de prise en charge de ces patients, il semble donc qu'un accompagnement inspiré des thérapies systémiques puisse être pertinent.

Finalement, cette étude en milieu psychiatrique repère que les adolescents les plus vulnérables à une consommation de substances psychoactives à risques sont les patients présentant des difficultés comportementales (forte recherche de nouveauté, comportements antisociaux à la fois violents et non violents sévères), émotionnelles (intolérance à la frustration, troubles internalisés) et relationnelles (TOP, faible détachement de soi) relevant à la fois d'enjeux psychopathologiques et de personnalité. Il devient donc intéressant d'étudier chez des adolescents en addictologie, l'implication de ces différentes facteurs de vulnérabilité individuelle, sur les plans psychopathologiques et psychologiques afin d'identifier si ces mêmes mécanismes sont sous-jacents à une pathologisation des conduites de consommation.

Chapitre 3. Etude en addictologie

L'objectif de cette étude est de comparer les profils de consommateurs antisociaux adoptant des conduites de consommation à risques, obtenus en milieu scolaire et psychiatrique avec les types de comportements antisociaux déclarés et le type de substances psychoactives consommées par des adolescents suivis en addictologie, puis d'identifier des facteurs psychopathologiques communs ou spécifiques à ces différentes populations.

I. Procédure

Dans cette partie de l'étude, le lieu de recrutement des adolescents présentant un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive a été le même que pour les adolescents de la seconde étude en milieu psychiatrique. La procédure était également similaire.

Afin d'être inclus dans l'étude, les adolescents en addictologie devaient répondre à certains critères d'inclusion :

- Etre âgé de 11 ans à 18 ans.
- Présenter un motif d'hospitalisation de trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive.
- Présenter un QIG supérieur à 85.
- Ne pas présenter de symptomatologie psychotique.

II. Participants

Le questionnaire exploratoire intégré dans le protocole de l'étude a permis une description précise de cet échantillon.

Tableau 34. Description de la population d'adolescents présentant un trouble lié à l'usage d'une substance.

	Troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive N = 43
Sexe	% (N)
Garçons	55,8 (24)
Filles	44,2 (19)
Age	M (ET) étendue 15,5 (1,4) 12-18
Classe	% (N)
6ème	-
5ème	4,7 (2)
4ème	14 (6)
3ème	32,4 (14)
2nde	18,5 (8)
1ère	14 (6)
Terminale	4,7 (2)
Autre (CAP,…)	7 (3)
Non renseigné	4,7 (2)
Redoublement	69,8 (30)
Situation familiale	
Parents en couple	30,2 (13)
Parents séparés	18,6 (8)
Parents divorcés	41,9 (18)
Décès d'un parent	2,3 (1)
Famille d'accueil	4,7 (2)
Non renseigné	2,3 (1)
Nombre de frères et sœurs	M (ET) étendue 1 ,7 (1) 0-4

M moyenne ; Et écart-type

43 adolescents présentant un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive ont été interrogés.

Plus de la moitié de ces patients sont des garçons (55,8%). Ils sont majoritairement (78,9%) en fin de collège (4ème, 3ème), début de lycée (2nde, 1ère).

La plupart des patients en addictologie vivent dans des familles dont les parents sont divorcés ou séparés (60,5%). Un tiers des autres patients vivent dans des familles dont les parents sont en couple (30,2%).

L'investigation des dossiers des patients et de la Kiddie-SADS a permis de préciser le profil psychiatrique de ces adolescents.

Tableau 35. Diagnostics et comorbidités psychiatriques en addictologie.

	Troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive N = 43
Diagnostic principal	% (N)
Dépendance au tabac-Abus cannabis	14 (6)
Dépendance cannabis	2,3 (1)
Dépendance médicaments	2,3 (1)
Dépendance tabac-cannabis	60,5 (26)
Dépendance tabac-alcool-cannabis	13,9 (6)
Dépendance tabac-cannabis-opiacés	4,7 (2)
Abus alcool-cannabis	2,3 (1)
Comorbidités psychiatriques actuelles	
Aucun trouble comorbide	9,5 (4)
Trouble(s) internalisé(s)	11,9 (5)
Trouble(s) externalisé(s)	11,9 (5)
Trouble(s) internalisé(s) et externalisé(s)	66,7 (28)
Troubles psychiatriques passées	
Aucun antécédent	52,4 (22)
Trouble(s) internalisé(s)	28,6 (12)
Trouble(s) externalisé(s)	9,5 (4)
Trouble(s) internalisé(s) et externalisé(s)	9,5 (4)
Traitement	
Non	30,2 (13)
Oui	69,8 (30)
Type de traitement	
Psychostimulant	18,6 (8)
Neuroleptique	23,2 (10)
Anti-dépresseur	39,5 (17)
Anxiolytique	13,9 (6)
Nicorette/Subutex	6,9 (3)
	M (ET) étendue
Durée	2,5 mois (3) 2j – 9 mois

M moyenne ; ET écart-type

La majorité des patients présentant un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive présentent un diagnostic de dépendance au tabac et au cannabis (60,5%).

Une grande proportion de ces patients présente une comorbidité psychiatrique actuelle mixte (66,7%). Parmi ces 28 patients, 17 présentent une comorbidité TOP/EDM (épisode dépressif majeur et 4 présentent une comorbidité TOP/TC/EDM.

Une grande proportion de ces patients ne présente pas d'antécédent psychiatrique (52,4%). Cependant, près d'un tiers d'entre eux présente tout de même un antécédent de trouble internalisé (28,6%). Parmi ces 12 adolescents, 9 présentent un antécédent de manie.

Au moment de l'étude, 69,8% des patients en addictologie étaient sous traitement médicamenteux (majoritairement antidépresseur, anxiolytique) d'une durée moyenne de 2 mois et demi.

III. Outils de mesure

III.1. Auto-évaluation

Les outils d'auto-évaluation étaient strictement similaires à l'étude en milieu scolaire et en milieu psychiatrique. Ne seront donc présentés ici que le nombre de répondants et les différentes consistances internes des outils validés.

III.1.1. Consommation de substances psychoactives, comportements antisociaux et conduites à risques

Les 43 patients ont répondu au questionnaire exploratoire évaluant la consommation de tabac, alcool, cannabis, les comportements antisociaux et les conduites à risques et ont rempli les questionnaires Fagerström, Honc, Deta et Alac, tous dans leur intégralité.

III.1.2. Symptomatologie dépressive et anxieuse

Dans cette étude, le Children Depression Inventory (α = 0,82) et le Stait-Trait Anxiety Inventory for Children (α = 0,88) présentent une bonne consistance interne. Sur les 43 patients, 33 y ont répondu dans leur intégralité.

III.1.3. Personnalité

Les dimensions du Junior Temperament and Character Inventory présentent une consistance interne moyenne (Cf. tableau 36). Pourtant, tous les alphas de Cronbach obtenus dans cet échantillon sont quasiment identiques voire plus élevés que les alphas de Cronbach obtenus dans l'article de validation française (Asch, et al., 2009), sauf pour la persistance, que nous avons donc ôtée de nos analyses. Sur les 43 patients, 33 ont répondu eu JTCI dans son intégralité.

Tableau 36. Consistance interne du JTCI en addictologie.

	α
Junior Temperament and Character Inventory	
Recherche de nouveauté	0,55
Evitement de la douleur	0,67
Dépendance à la recompense	0,60
Persistance	0,25
Auto-détermination	0,54
Coopération	0,72
Transcendance	0,75

III.1.4. Stress perçu

Dans cette étude, les dimensions du Problem Questionnaire présentent une bonne consistance interne (Cf. tableau 37). Sur les 43 patients, 33 y ont répondu dans son intégralité.

Tableau 37. Consistance interne du PQ en addictologie.

	α
Problem Questionnaire	
Ecole	0,82
Futur	0,76
Parents	0,81
Pairs	0,94
Loisirs	0,86
Sexe oppose	0,86
Soi	0,89

III.1.5. Stratégies de coping

Les dimensions du Coping Across Situation Questionnaire présentent une consistance interne satisfaisante, sauf pour le coping interne qui a été supprimé des analyses (Cf. tableau 38). Sur les 43 patients, 33 y ont répondu dans son intégralité.

Tableau 38. Consistance interne du CASQ en addictologie.

	α
Coping across Situation Questionnaire	
Actif	0,72
Interne	0,55
Retrait	0,70

III.2. Hétéro-évaluation

En addictologie, les hétéro-évaluations des symptômes externalisés et de la psychopathologie actuelle et passée étaient également strictement les mêmes qu'en milieu psychiatrique. Ne seront donc présentés ici que le nombre de répondants et les différentes consistances internes.

III.2.1. Psychopathologie actuelle et passée

43 patients et leurs parents ont été interrogés grâce à la Kiddie-SADS.

III.2.2. Symptomatologie du TDAH

Les échelles de Conners version parents présentent une bonne consistance interne (Cf. tableau 39). Sur les 43 patients, 26 parents ont répondu à la Conners version parents dans son intégralité et 4 enseignants ont répondu à la version enseignants dans son intégralité. Les évaluations des enseignants n'ont donc pas été analysées.

Tableau 39. Consistance interne de l'échelle Conners version parents en addictologie.

	α
Conners parents	
Opposition	0,77
Inattention	0,94
Hyperactivité/impulsivité	0,73

III.2.3. Symptomatologie agressive

La consistance interne des échelles OAS parents et enseignants est bonne à satisfaisante (Cf. tableau 40). Sur les 43 patients, 26 parents et 4 enseignants ont répondu à l'OAS dans son intégralité. Les évaluations des enseignants n'ont donc pas été prises en compte.

Tableau 40. Consistance interne de l'échelle OAS parents en addictologie.

	α
OAS parents	
Agressivité verbale	0,78
Agressivité physique envers les objets	0,73
Agressivité physique envers soi	0,69
Agressivité physique envers autrui	0,63

IV. Objectif et hypothèses opérationnelles

1) Comparer les profils comportementaux de consommateurs antisociaux adoptant des conduites de consommations à risques, obtenus en milieu scolaire et psychiatrique avec les types de comportements antisociaux déclarés et le type de substances psychoactives consommées par des adolescents suivis en addictologie. Identifier des facteurs psychopathologiques communs ou spécifiques à ces différentes populations.

Hypothèse 1. a) Les adolescents en addictologie présenteront une expérimentation de substances psychoactives plus précoce et seront plus nombreux à adopter des comportements antisociaux et ces derniers seront plus sévères comparés consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en milieu psychiatrique.

Hypothèse 1. b) Les adolescents en addictologie seront plus nombreux que les consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en milieu psychiatrique à s'engager dans des conduites à risques.

Hypothèse 1. c) Les adolescents en addictologie seront plus nombreux à présenter une comorbidité consécutive ou concourante de troubles externalisés et internalisés comparés aux consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique.

Hypothèse 1. d) Les adolescents en addictologie présenteront des scores de symptômes externalisés (Conners et OAS version parents) et internalisés (CDI, STAI) plus sévères que les consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en milieu psychiatrique.

Hypothèse 1. e) Les adolescents en addictologie présenteront un plus forte recherche de nouveauté, une plus faible dépendance à la récompense, un plus faible évitement du danger, une plus faible persistance, une plus faible coopération et une plus faible autodétermination au JTCI que les consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en milieu psychiatrique.

Hypothèse 1. f) Les adolescents en addictologie présenteront un score de stress perçu plus élevé au PQ et une utilisation plus importante de stratégies de coping retrait au CASQ que les consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en milieu psychiatrique.

V. Analyses statistiques

- Des statistiques descriptives ont permis de décrire la proportion de patients abuseurs/dépendants adoptant des comportements antisociaux et la prévalence de chaque forme clinique des comportements antisociaux chez ces adolescents.

- Ensuite, les deux profils comportementaux les plus ressemblants aux adolescents suivis en addictologie, en termes de polyconsommation et de sévérité des comportements antisociaux (au moins trois sur les douze derniers mois), ont été extraits des études en milieu scolaire et psychiatrique afin de mettre en perspective ces trois populations quant à leurs comportements antisociaux (nombre et fréquence), leurs conduites de consommation de tabac, alcool, cannabis (modalités d'usage et scores de dépendance au Fagerström, Honc, Deta, Alac) et l'âge d'expérimentation d'une substance psychoactive.

Ces trois populations (milieu scolaire, milieu psychiatrique, addictologie) ayant été investiguées selon un protocole d'évaluation strictement similaires, elles ont, en premier lieu été décrites selon le sexe et l'âge des adolescents, leur niveau scolaire, leur situation familiale et le taux de redoublement afin de vérifier leur homogénéité (Khi² partiels, ANOVA et test de Tukey).

Une observation des conduites à risques déclarées par ces trois groupes d'adolescents a ensuite permis de comparer les différences de prévalence de ces pratiques (Khi² partiels).

Les patients en milieu psychiatrique et en addictologie ont ensuite été comparés quant à la présence de troubles et comorbidités psychiatriques actuels (Khi² partiels).

Enfin, plusieurs ANOVA complétées d'un test de Tukey ont permis de comparer les consommateurs antisociaux en milieu scolaire, en milieu psychiatrique et les patients abuseurs/dépendants en addictologie sur les variables psychopathologiques, de personnalité et de stress-coping préalablement normalisées et contrôlées quant à la présence de valeurs aberrantes. Les variables présentées dans cette dernière étude sont uniquement les variables dont les scores moyens sont significativement différents entre les populations.

VI. Résultats descriptifs

VI.1. Prévalence des comportements antisociaux et des conduites de consommation

Tableau 41. Prévalence de la consommation de substances psychoactives et des comportements antisociaux en addictologie.

	Troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive N = 43
Consommation occasionnelle	% (N)
Tabac	7 (3)
Alcool	44,2 (19)
Cannabis	16,3 (7)
Polyconsommation	32,6 (14)
Consommation régulière	
Tabac	88,4 (38)
Alcool	30,2 (13)
Cannabis	67,4 (29)
Polyconsommation	62,8 (27)
Age d'initiation	M (ET) étendue
Tabac	11,9 (1,8) 10-16
Alcool	10,7 (2,3) 9-16
Cannabis	13 (1,3) 11-16
Au moins un CA	
Non violents	48,8 (21)
Mixtes	48,8 (21)
Au moins trois CA	76,7 (33)

M moyenne ; ET écart-type

Les adolescents présentant un trouble lié à l'usage d'une substance sont pour les deux tiers des polyconsommateurs réguliers (62,8%), préférentiellement de tabac-alcool-cannabis (21 patients sur 27 polyconsommateurs) et tabac-cannabis (6 patients sur 27 polyconsommateurs).

L'alcool est la substance psychoactive la plus précocement expérimentée (10,7 ans), suivie du tabac (11,9 ans) et du cannabis (13 ans).

Parmi les consommateurs réguliers de tabac, 68,4% présentent une dépendance faible à forte au Fagerström (soit 26 patients sur 38) et 81,6% déclarent une perte de contrôle de leur consommation au questionnaire Honc (soit 31 patients sur 38). Pourtant, 40 patients sont diagnostiqués d'une dépendance au tabac.

Parmi les consommateurs réguliers de cannabis, 72,4% déclarent un usage nocif ou une dépendance à l'Alac (soit 21 patients sur 29). Pourtant 42 patients sont diagnostiqués d'un abus ou d'une dépendance au cannabis.

En revanche, parmi les consommateurs réguliers d'alcool, 53,8% déclarent une consommation à risque de dépendance au Deta-Cage (soit 7 patients sur 13). En effet, 6 patients sont diagnostiqués d'une dépendance à l'alcool ou d'un abus.

97,6% de ces adolescents déclarent au moins un comportement antisocial, la forme non violente des comportements antisociaux étant aussi prévalente (48,8%) que la forme mixte (48,8%) et 76,7% d'entre eux déclarent au moins trois comportements antisociaux sur les douze derniers mois.

Quels que soient le ou les produits consommés, la modalité de consommation et le type de comportement antisocial, il n'y a pas de différence significative de prévalence entre les garçons et les filles. Néanmoins, dès le départ, cet échantillon de patients en addictologie est sensiblement plus masculin (55,8%) que féminin (44,2%).

VI.2. Mise en perspective des trois études.

VI.2.1. Description socio-démographique des trois populations

Rappelons que l'objectif de cette étude est de comparer les profils comportementaux obtenus en milieu scolaire et psychiatrique avec les types de comportements antisociaux déclarés et le type de substances psychoactives consommées par des adolescents suivis en addictologie ; puis d'identifier des facteurs psychopathologiques communs ou spécifiques à ces différentes populations.

Dans un premier temps, nous avons sélectionné en population scolaire et psychiatrique les profils susceptibles d'être comparables aux adolescents suivis en addictologie, soit les profils de polyconsommateurs occasionnels ou réguliers adoptant des comportements antisociaux très sévères, afin d'observer si ces trois populations étaient assez homogènes pour être comparées.

Tableau 42. Tableau comparatif des trois populations de consommateurs antisociaux selon les facteurs socio-démographiques.

	Milieu Scolaire	**Milieu psychiatrique**	**Addictologie**		
	1 Poly/antisociaux très sévères N = 101	**2 Poly/antisociaux très sévères** N = 37	**3 Poly-dépendants** N = 43		
Sexe	% (N)	% (N)	% (N)	Khi² partiel	Khi² ddl = 2
Garçons	61,4 (62)	59,5 (22)	55,8 (24)	ns	
Filles	38,6 (39)	40,5 (15)	44,2 (19)		
	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	Tukey	F ddl = 2
Age	13,5 (1,2) 11-16	14,7 (1,6) 12-18	15,5 (1,4) 12-18	3 > 2 > 1	**35,8*****
Classe	% (N)	% (N)	% (N)	Khi² partiel	Khi² ddl = 2
Collège	100 (101)	64,9 (24)	51,2 (22)	3,2 > 1	
6ème	16,8 (17)	2,7 (1)	-		
5ème	16,8 (17)	10,8 (4)	4,7 (2)		
4ème	31,7 (32)	32,4 (12)	14 (6)		
3ème	34,7 (35)	18,9 (7)	32,4 (14)		
Lycée	0	35,1 (13)	48,8 (21)	3,2 > 1	**55,3*****
2nde	-	18,9 (7)	18,5 (8)		
1ère	-	10,8 (4)	14 (6)		
Terminale	-	2,7 (1)	4,7 (2)		
Autre (CAP,…)	-	2,7 (1)	7 (3)		
Non renseigné	-	-	4,7 (2)		
Redoublement	27,7 (28)	51,4 (19)	69,8 (30)	3,2 > 1	**22,8*****
Situation familiale					
Parents en couple	64,4	54,1 (20)	30,2 (13)	1 > 3,2	
Parents séparés	16,8 (17)	10,8 (4)	18,6 (8)	ns	
Parents divorcés	15,8 (16)	32,4 (12)	41,9 (18)	3 > 1,2	**22,9****
Décès d'un parent	3 (3)	2,7 (1)	2,3 (1)	ns	
Famille d'accueil	-	-	4,7 (2)	ns	
Non renseigné	-	-	2,3 (1)	ns	

*** p < .01 ; *** p < .001 ; ns non significatif*

Ces trois profils de consommateurs antisociaux se distinguent en premier lieux quant à leur âge ; les adolescents en milieu psychiatrique et en addictologie étant significativement plus âgés (respectivement 14,7 ans et 15,5 ans) que les adolescents consommateurs antisociaux en milieu scolaire (13,5 ans). Néanmoins, cela n'a rien de surprenant, dans la mesure où ces différences d'âge sont dues à un biais de recrutement de ces différentes population. En effet, en milieu scolaire l'étude s'est adressée à des collégiens âgés de 11 à 16 ans, alors qu'en milieu psychiatrique et en addictologie, l'étude a porté sur des adolescents âgés de 11 à 18 ans.

Les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique et en addictologie sont également significativement plus nombreux à être issus de famille dont les parents sont divorcés (respectivement 32,4% et 41,9% contre 15,8% en milieu scolaire) alors que les consommateurs antisociaux en population scolaire sont significativement plus nombreux à vivre avec des parents en couple (64,4% vs. 54,1% en psychiatrie et 30,2% en addictologie). De la même manière, les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique et en addictologie sont significativement plus nombreux que les consommateurs antisociaux en population scolaire à avoir redoublé (respectivement 51,4% et 69,8% vs. 27,7% des collégiens consommateurs antisociaux).

VI.2.2. Sévérité des conduites de consommation et des comportements antisociaux

Les consommateurs antisociaux en milieu scolaire déclarent des comportements antisociaux violents significativement plus nombreux ($F = 37$; $ddl = 2$; $p < .001$) et plus fréquents ($F = 19$; $ddl = 2$; $p < .001$) que les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique et en addictologie.

Les consommateurs antisociaux en addictologie déclarent des comportements antisociaux non violents significativement plus nombreux ($F = 10,8$; $ddl = 2$; $p < .001$) et plus fréquents ($F = 13,1$; $ddl = 2$; $p < .001$) que les consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en psychiatrique.

Enfin, évidemment, les consommateurs antisociaux en addictologie, étant majoritairement abuseurs ou dépendants sont significativement plus nombreux que les consommateurs antisociaux en milieu scolaire et psychiatrique à consommer régulièrement du tabac et/ou du cannabis et à en avoir une consommation nocive ou à risques (Cf. tableau 43).

Ces trois populations d'adolescents consommateurs antisociaux ne se différencient pas quant à leur âge d'expérimentation de tabac et de cannabis. Néanmoins, alors que la fréquence et la sévérité de la consommation d'alcool ne semble pas discriminer les consommateurs antisociaux en milieu scolaire, psychiatrique et en addictologie, l'expérimentation de cette substance est significativement plus précoce chez les patients en addictologie.

Tableau 43. Tableau comparatif des trois populations de consommateurs antisociaux selon leurs conduites de consommation et leurs comportements antisociaux.

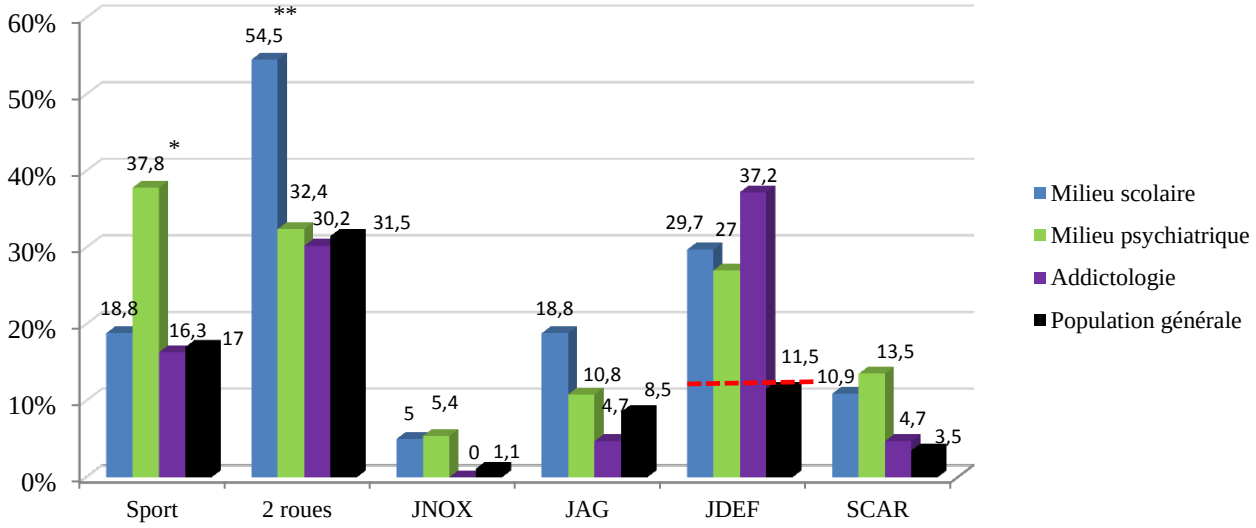
	Milieu Scolaire	**Milieu psychiatrique**	**Addictologie**		
	1 Poly/antisociaux très sévères N = 101	**2 Poly/antisociaux très sévères** N = 37	**3 Poly-dépendants** N = 43		
	% (N)	% (N)	% (N)	Khi² partiel	Khi² ddl = 2
Au moins 3 CA	**82,2 (83)**	**62,2 (23)**	**78,6 (33)**	ns	-
	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	Tukey	F ddl = 2
Nombre moyen CA violents	**2,4 (1 ,5) 1-7**	1,7 (1) 1-4	0,64 (0,9) 0-4	1>2>3	**37*** **
Fréquence moyenne CA violents	**4,7 (4,1) 1-22**	1,9 (2,6) 1-11	1,33 (2) 0-9	1>2>3	**19*** **
Nombre moyen CA non violents	2,2 (1) 1-5	2,2 (1,4) 1-5	**3,3 (1,2) 1-5**	3>2,1	**10,8*** **
Fréquence moyenne CA non violents	4,8 (3,1) 1-14	5,8 (4,2) 1-16	**8,7 (4,9) 0-20**	3>2>1	**13,1*** **
Age expérimentation	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	Tukey	F ddl = 2
Tabac	12,1 (1,6) 10-16	12,8 (1,9) 10-16	11,9 (1,8) 10-16	ns	-
Alcool	11,8 (2,1) 9-16	11,7 (2,6) 9-17	**10,7 (2,3) 9-16**	3 < 1,2	**3,4***
Cannabis	13 (1,3) 11-15	13,8 (1,6) 11-17	13 (1,3) 11-16	ns	-
Tabac	% (N)	% (N)	% (N)	Khi² partiel	Khi² ddl = 6
Occasionnel	**43 (43)**	**35 (13)**	7 (3)	1,2>3	**19,3** **
Régulier	53 (53)	65 (24)	**88,4 (38)**	3>1,2	
Alcool					
Occasionnel	56 (55)	54 (20)	46,3 (19)	ns	-
Régulier	16 (16)	11 (4)	31,7 (13)		
Cannabis					
Occasionnel	23 (23)	16 (6)	16,3 (7)	ns	**58,4*** **
Régulier	15 (15)	8 (3)	**67,4 (29)**	3>1,2	
Polyconsommation					
Occasionnel	**54,5 (55)**	**51,4 (19)**	32,6 (14)	1,2>3	**36,5*** **
Régulier	18,8 (19)	13,5 (5)	**62,8 (27)**	3>1,2	
Tabac	% (N)	% (N)	% (N)	Khi² partiel	Khi² ddl = 6
Dépendance[a]	17 (17)	16,2 (6)	**65,1 (28)**	3>1,2	**38*** **
Perte contrôle[b]	32 (31)	32 (12)	**79,1 (34)**	3>1,2	**30,8*** **
Alcool					
A risque[c]	6 (6)	9 (3)	16,7 (7)	ns	**38*** **
Cannabis					
Nocif/dépendance[d]	10 (10)	2,7 (1)	**61,9 (26)**	3>1,2	**60,2*** **

M moyenne. ET écart-type. CA comportements antisocial. [a] Fagerström. [b] Honc. [c] Deta-Cage. [d] Alac.
** p < .05 ; ** p < .01 ; *** p < .001 ; ns non significatif*

VI.2.3. Conduites à risques associées

Rappelons qu'en population générale (population scolaire totale), la prise de risques en deux roues est la conduite à risques la plus prévalente (31,5%) suivie des sports à risques (17%), des jeux de défis (11,5%), des jeux d'agression (8,5%), des scarifications (3,5%) et des jeux de non-oxygénation (1,1%).

Figure 23. Prévalence des conduites à risques pour chacune des trois populations de consommateurs antisociaux.



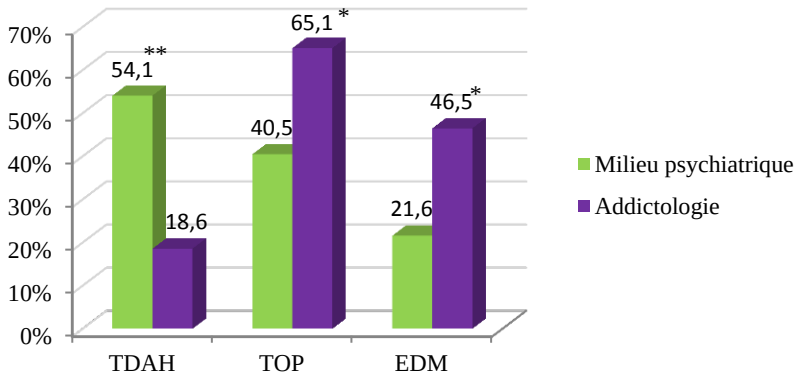
JNOX : Jeu de non oxygénation, JAG : Jeu d'agression, JDEF : Jeu de défis, SCAR : Scarification
** p < .05 ** p < .01*

Les consommateurs antisociaux en milieu scolaire sont significativement les plus nombreux à prendre des risques en deux roues, alors que les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique sont significativement les plus nombreux à pratiquer des sports à risques.

Néanmoins, les consommateurs antisociaux en milieu scolaire, en milieu psychiatrique et en addictologie paraissent clairement plus nombreux que l'ensemble des adolescents en population générale à pratiquer des jeux de défis.

VI.2.4. Troubles psychopathologiques associés

Figure 24. Prévalence des troubles psychiatriques actuels des profils de consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique et en addictologie.



** p < .05 ; ** p < .01*

Seuls les diagnostics de TDAH (Khi² = 11 ; ddl = 1 ; p < .01), TOP (Khi² = 4,8 ; ddl = 1 ; p < .05) et EDM (Khi² = 5,4 ; ddl = 1 ; p < .01) discriminent significativement les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique et les patients en addictologie.

Ainsi, les consommateurs antisociaux en population psychiatrique sont significativement plus nombreux que les patients en addictologie à présenter un diagnostic de TDAH et les patients en addictologie sont significativement plus nombreux que les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique à présenter un diagnostic de TOP et EDM.

Il semble en effet que ce qui caractérise les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique soit préférentiellement une comorbidité mixte de troubles externalisés et internalisés, notamment TDAH/TOP/trouble dépressif ; alors qu'en addictologie, les patients présentant un TOP présentent préférentiellement un EDM comorbide plutôt qu'un TDAH.

De plus, parmi les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique présentant un TOP, associé ou non à un TDAH, 33,3% présentent un EDM comorbide, alors que parmi les patients en addictologie, 64,3% de ceux présentant un TOP présentent un EDM comorbide.

VI.2.5. Symptomatologies externalisée et internalisée associées

Tableau 44. Comparaisons des scores moyens de symptômes externalisés entre les trois populations.

	Milieu Scolaire	**Milieu psychiatrique**	**Addictologie**		
	1 Poly/antisociaux très sévères N = 101	**2 Poly/antisociaux très sévères** N = 37	**3 Poly-dépendants** N = 43		
	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	Tukey	F ddl = 2
Symptômes externalisés (parents)					
Opposition	50,6 (11,7) 40-84	60,4 (14,4) 40-88	**67,6 (12) 40-88**	3 > 2 > 1	**16,6*** **
Inattention	54,3 (10,7) 42-87	**69,8 (14,2) 43-90**	63,8 (12,4) 42-90	2 > 3 > 1	**15,7*** **
Hyperactivité	55,6 (11,9) 45-90	**69,9 (16,6) 45-90**	65,3 (15,6) 44-90	2 > 3 > 1	**10,2*** **
Index TDAH	54,6 (11,2) 40-81	**66,8 (12,7) 42-90**	64,2 (12,5) 41-90	2 > 3 > 1	**11,6*** **
Agressivité/objet	1,8 (2) 0-4	3,5 (2,6) 0-8	**4,48 (1,9) 0-8**	3 > 2 > 1	**14,5*** **
Agressivité verbale	0,5 (0,8) 0-4	2,1 (1,9) 0-7	**2,6 (2,1) 0-7**	3 > 2 > 1	**21,1*** **

*** *p < .001*

Les patients en addictologie semblent se caractériser par des symptômes oppositionnels et des symptômes d'agressivité verbale et physique envers les objets évalués comme élevés par leurs parents alors que les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique se caractérisent plutôt par des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'index TDAH évalués comme élevés par leurs parents.

VI.2.5. Personnalité

Tableau 45. Comparaisons des scores moyens de personnalité entre les trois populations.

	Milieu Scolaire	**Milieu psychiatrique**	**Addictologie**		
	1 Poly/antisociaux très sévères N = 101	**2 Poly/antisociaux très sévères** N = 37	**3 Poly-dépendants** N = 43		
	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	Tukey	F ddl = 2
Personnalité					
Recherche de nouveauté	25,1 (6,6) 6-41	24,4 (6,3) 7-36	**30,1 (5,2) 16-39**	3 > 1 > 2	**8,2*** **
Dépendance à la récompense	15,4 (5,5) 2-28	16,4 (4,1) 10-27	**15,1 (5) 5-24**	3 < 1 < 2	**3***

** p < .05 ; *** p < .001*

Les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique et en milieu scolaire semblent ne pas se distinguer quant à leur personnalité. Néanmoins, les patients en addictologie se caractérisent par une forte recherche de nouveauté et une faible dépendance à la récompense sociale.

VI.2.6. Stress-coping

Tableau 46. Comparaisons des scores moyens de stress perçu et de stratégies de coping entre les trois populations.

	Milieu Scolaire	**Milieu psychiatrique**	**Addictologie**		
	1 Poly/antisociaux très sévères N = 101	**2 Poly/antisociaux très sévères** N = 37	**3 Poly-dépendants** N = 43		
	M (ET) étendue	M (ET) étendue	M (ET) étendue	Tukey	F ddl = 2
Stress perçu					
Ecole	**2,5 (0,8) 1-4,5**	**2,2 (0,9) 1-4,5**	2,1 (1) 1-5	1 > 2 > 3	**3,5***
Avenir	**2,9 (1) 1-5**	2,4 (1) 1-4,5	**2,5 (1) 1-4,3**	1 > 3 > 2	**5****
Loisirs	**2,4 (0,9) 1-4,4**	2 (0,9) 1-3,6	1,9 (1) 1-4,4	1 > 2,3	**4,7***

** p < .05 ; ** p < .01*

Les consommateurs antisociaux en milieu scolaire se caractérisent par des niveaux élevés de stress perçu dans plusieurs domaines : école, avenir et loisirs alors que les préoccupations des consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique se centrent principalement sur l'école, et celles des patients en addictologie se centrent sur l'avenir.

VII. Discussion des résultats

VII.1. Prévalence des comportements antisociaux et des conduites de consommation

L'alcool est la substance psychoactive la plus précocement expérimentée (10,7 ans), suivie du tabac (11,9 ans) et du cannabis (13 ans). Cette chronologie quant à l'expérimentation de substances psychoactives débutant par l'alcool, se poursuivant par le tabac puis le cannabis, se retrouve tant en population scolaire qu'en population psychiatrique ou en addictologie.

Il semble que les adolescents en addictologie aient quelques difficultés à évaluer la fréquence et la sévérité de leur consommation régulière de substances psychoactives, notamment de tabac et de cannabis. Nous pourrions faire l'hypothèse que ces adolescents sous-évaluent la gravité de leur consommation et que cela pourrait constituer en soi un facteur de vulnérabilité qui les a amenés à s'engager dans une consommation régulière et nocive.

Néanmoins, cela pose aussi la question de l'adaptabilité du Fagerström, du Honc et de l'Alac à une population d'adolescents renvoyant à l'idée selon laquelle les indicateurs de sévérité d'une consommation de substances psychoactives à l'adolescence nécessite probablement la prise en compte de critères plus écologiques.

Enfin, 97,6% des adolescents abuseurs/dépendants déclarent au moins un comportement antisocial et 76,7% d'entre eux déclarent au moins trois comportements antisociaux sur les douze derniers mois, confirmant le lien étroit entre sévérité des comportements antisociaux et pathologisation de la consommation de substances psychoactives.

Cet échantillon de patients en addictologie est sensiblement plus masculin (55,8%) que féminin (44,2%). Nous pourrions donc ici étayer l'hypothèse selon laquelle les garçons

seraient plus vulnérables que les filles à l'association de comportements antisociaux et de conduites de consommation.

En résumé,

◘ En addictologie, 97,6% des patients abuseurs/dépendants déclarent au moins un comportement antisocial. Il semble qu'il y ait donc un lien entre la multiplication des comportements antisociaux et la sévérité des conduites de consommation, notamment la polyconsommation tabac-cannabis.

◘ Les garçons seraient plus vulnérables que les filles d'associer des comportements antisociaux à leurs conduites de consommation.

◘ L'alcool est la substance psychoactive la plus précocement expérimentée.

◘ Les adolescents abuseurs/dépendants à une substance psychoactive sous-évaluent la gravité de leur consommation. Cela pourrait constituer en soi un facteur de vulnérabilité qui les a amenés à s'engager dans une consommation régulière et nocive.

VII.2. Mise en perspective des trois études.

VII.2.1. Sévérité des conduites de consommation et des comportements antisociaux

Les consommateurs antisociaux en milieu scolaire déclarent des comportements antisociaux violents significativement plus nombreux et plus fréquents que les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique et en addictologie contrairement à l'hypothèse 1. a) selon laquelle les patients en addictologie seront plus nombreux à adopter des comportements antisociaux et ces derniers seront plus sévères comparés aux consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en milieu psychiatrique.

Néanmoins, deux hypothèses pourraient être faites quant à ce résultat surprenant : 1) Les consommateurs antisociaux en milieu scolaire sont significativement plus jeunes que les adolescents en milieu psychiatrique et en addictologie, et l'on sait que la trajectoire

développementale des comportements antisociaux de forme violente tend à diminuer avec l'âge (Burt, 2012; Tremblay, 2000), 2) Les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique et en addictologie suivent des traitements médicamenteux ayant probablement un impact sur leurs manifestations violentes. En effet, les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique sont 91,9% à recevoir un traitement médicamenteux (54% suivent un traitement psychostimulant et 37,9% un traitement neuroleptique et/ou régulateur de l'humeur), et 69,8% des consommateurs antisociaux en addictologie reçoivent un traitement (76,6% un traitement neuroleptique et/ou régulateur de l'humeur et/ou un traitement psychostimulant : 18 ,6%, associé ou non à un traitement de substitut nicotinique ou subutex).

Les consommateurs antisociaux en addictologie déclarent des comportements antisociaux non violents significativement plus nombreux et plus fréquents que les consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en milieu psychiatrique. Ici aussi, cela peut être mis en lien avec la trajectoire développementale de cette forme clinique des comportements antisociaux qui débutent à l'adolescence et tend à diminuer à l'entrée dans l'âge adulte (Burt, 2012). Le type de traitement reçu par les patients en addictologie pourrait également expliquer que les comportements antisociaux de transgression (non violents) restent fréquents et sévères. En effet, une majorité d'entre eux suit un traitement neuroleptique traitant sûrement mieux les manifestations violentes que transgressives alors qu'une minorité d'entre eux suit un traitement par psychostimulants qui s'avère avoir une action plus large sur les passages à l'acte impulsifs (non violents ou violents) (Wahl & Madelin-Mitjavile, 2007).

Ces trois populations d'adolescents consommateurs antisociaux ne se différencient pas quant à leur âge d'expérimentation de tabac et de cannabis. La précocité de la consommation de tabac et de cannabis ne serait donc pas un facteur de vulnérabilité suffisant à l'augmentation de la sévérité de leur consommation. Cependant, l'expérimentation d'alcool est significativement plus précoce chez les patients en addictologie suggérant que si une consommation précoce d'alcool ne mène pas nécessairement à un mésusage de la substance, elle pourrait être associée à une escalade vers un mésusage de tabac et/ou de cannabis, conformément à la « gateway theory » (Kandel, et al., 1992).

En résumé,

◘ Les consommateurs antisociaux en milieu scolaire déclarent des comportements antisociaux violents significativement plus nombreux et plus fréquents que les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique et en addictologie. Cela peut s'expliquer soit par leurs différences d'âge (les consommateurs antisociaux de la population scolaire étant plus jeunes), soit par le fait que les patients en milieu psychiatrique et en addictologie suivent pour la plupart un traitement médicamenteux.

◘ Les consommateurs antisociaux en addictologie déclarent des comportements antisociaux non violents significativement plus nombreux et plus fréquents que les consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en psychiatrique, probablement parce que la trajectoire développementale de cette forme clinique des comportements antisociaux débutent à l'adolescence et tend à diminuer à l'entrée dans l'âge adulte.

◘ Si une consommation précoce d'alcool ne mène pas nécessairement à un mésusage de la substance, elle pourrait être associée à une escalade vers un mésusage de tabac et/ou de cannabis.

VII.2.2. Conduites à risques associées

Contrairement à l'hypothèse 1. b), les adolescents en addictologie ne sont pas plus nombreux à s'engager dans des conduites à risques que les consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en milieu psychiatrique. Néanmoins, les consommateurs antisociaux en milieu scolaire, en milieu psychiatrique et en addictologie paraissent clairement plus nombreux que l'ensemble des adolescents en population générale à pratiquer des jeux de défis. Pour de futures recherches, il paraît primordial de s'intéresser à ces jeux et leurs diverses manifestations, qui restent aujourd'hui trop méconnues. De plus, certaines conduites à risques, telles que les sports à risques et la prise de risques en deux roues qui semblent clairement prépondérantes chez les consommateurs antisociaux en milieu scolaire et milieu psychiatrique, pourraient, dans une certaine mesure, relever d'enjeux similaires aux jeux de défis (défier les autres, la loi, la mort, etc…).

En résumé,

◘ Les consommateurs antisociaux en milieu scolaire, en milieu psychiatrique et en addictologie paraissent clairement plus nombreux que l'ensemble des adolescents en population générale à pratiquer des jeux de défis. Il semble que cette pratique nécessite une attention particulière.

VII.2.3. Troubles psychopathologiques associés

Il semble qu'en milieu psychiatrique, le TOP représente un important facteur de vulnérabilité à l'association entre conduites de consommation et comportements antisociaux et à l'augmentation de la sévérité de ces comportements lorsqu'il est associé à des troubles internalisés, notamment le trouble dépressif majeur. Cette comorbidité TOP/EDM est encore plus prévalente en addictologie confirmant l'hypothèse 1. c) selon laquelle les patients en addictologie seront plus nombreux à présenter une comorbidité consécutive ou concourante de troubles externalisés et internalisés comparés aux consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique. En termes de pratique clinique, il semble donc que l'investigation de ce trouble et de ses comorbidités psychiatriques soit primordiale afin de prévenir la pathologisation des conduites de consommation.

VII.2.4. Symptômes psychopathologiques associés

Les consommateurs antisociaux en addictologie semblent se caractériser par des symptômes oppositionnels et des symptômes d'agressivité verbale et physique envers les objets évalués comme élevés par leurs parents alors que les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique se caractérisent plutôt par des symptômes d'inattention, d'hyperactivité/impulsivité et d'index TDAH évalués comme élevés par leurs parents.

Cela est concordant avec le fait que ce qui caractérise les consommateurs antisociaux en milieu psychiatrique est préférentiellement une comorbidité mixte de troubles externalisés et internalisés, notamment TDAH/TOP/trouble dépressif ; alors qu'en addictologie, les patients présentant un TOP présentent préférentiellement un EDM comorbide plutôt qu'un TDAH.

Cela pourrait remettre en cause le modèle du « stepping-stone » de Biederman et al. (1996) selon lequel le TDAH, le TOP et le TC constitue une continuité hétérotypique. Nous pourrions alors suggérer que le TOP pourrait être indépendant de l'évolution d'un TDAH ou de symptômes associés au TDAH, évoluant alors, lorsqu'il est accompagné de symptômes associés au TC (agressivité verbale et physique) vers des troubles dépressifs, des comportements antisociaux violents et non violents sévères et une pathologisation des conduites de consommation.

Néanmoins, le TOP a toujours été un diagnostic psychiatrique sujet à débat, notamment sous la pression d'études soulignant sa comorbidité avec des troubles dépressifs (Burke, Loeber, Lahey, & Rathouz, 2005; Moffitt, Caspi, Rutter, & Silva, 2001), certains auteurs faisant l'hypothèse de l'existence d'un « trouble des conduites dépressif » (World Health Organization, 1992) qui ne fait pas partie de la classification DSM IV-TR. Cette étude semble esquisser que cette entité diagnostique pourrait être nécessaire à appréhender, voire prévenir l'abus/dépendance à une substance psychoactive à l'adolescence.

En résumé,

- L'investigation d'un diagnostic de TOP et ses comorbidités psychiatriques est primordiale afin de prévenir la pathologisation des conduites de consommation.

- Cette étude semble esquisser que le diagnostic de « trouble des conduites dépressifs » pourrait être nécessaire à appréhender, voire prévenir l'abus/dépendance à une substance psychoactive à l'adolescence.

VII.2.5. Personnalité

Une forte recherche de nouveauté semble clairement représenter un facteur de risque à la co-occurrence de conduites de consommation et de comportements antisociaux, tant en milieu scolaire, psychiatrique qu'en addictologie et serait impliquée dans l'augmentation de la sévérité de ces comportements confirmant partiellement l'hypothèse 1. e) selon laquelle les patients en addictologie présenteront un plus forte recherche de nouveauté, une plus faible dépendance à la récompense, un plus faible évitement du danger, une plus faible persistance,

une plus faible coopération et une plus faible autodétermination que les consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en milieu psychiatrique.

En effet, seule une faible dépendance à la récompense semble distinguer les patients en addictologie des consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en milieu psychiatrique. Les patients en addictologie auraient donc un fort besoin de stimulations nouvelles et un moindre intérêt pour les signaux de récompense (en particulier les signaux verbaux d'approbation sociale). Ces adolescents seraient peu préoccupés par les conséquences, notamment sociales, que peuvent avoir leurs attitudes et leurs comportements.

Mis en lien avec le fait que ces patients se caractérisent par une comorbidité TOP/EDM, il est aisé de comprendre que leurs comportements antisociaux violents et non violents et leurs conduites de consommation, dans une certaine mesure (consommation de cannabis notamment) répondent à des enjeux d'opposition, de transgression et de provocation, alimentés notamment par leur besoin de stimulations nouvelles et leur impulsivité (forte recherche de nouveauté) ; et ces comportements seraient d'autant plus difficile à « réprimander » que ces adolescents semblent détachés du jugement social.

Il semble cependant que ces adolescents souffrent également d'une détresse émotionnelle avérée (EDM) qui pourrait alors constituer un point d'achoppement quant à leur identification et leur prise en charge. Néanmoins, il reste difficile au travers d'une étude transversale de savoir si l'apparition d'un trouble dépressif majeur chez ces adolescents est primaire ou secondaire à leurs conduites de consommation. En effet, il est reconnu que l'effet d'une prise excessive et répétée de certaines substances psychoactives (notamment le cannabis) est responsable de troubles de l'humeur (Richardson, 2009; Sanches & Marques, 2010).

En résumé,

◘ Une forte recherche de nouveauté semble clairement représenter un facteur de risque à la co-occurrence de conduites de consommation et de comportements antisociaux, tant en milieu scolaire, psychiatrique qu'en addictologie.

◘ Seule une faible dépendance à la récompense semble distinguer les patients en addictologie des consommateurs antisociaux en milieu scolaire et en milieu psychiatrique. En termes de prévention de l'abus/dépendance à une consommation de substances psychoactive, il semble que cette dimension tempéramentale chez les adolescents nécessite toute notre attention.

VII.2.6. Stress-coping

Il semble qu'en milieu psychiatrique et en milieu scolaire, la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation soit associée à de fortes préoccupations pour l'école et l'avenir ; et ces préoccupations concernent essentiellement l'avenir chez les patients en addictologie, suggérant que les adolescents consommateurs antisociaux les plus sévères éprouvent probablement des difficultés à envisager positivement l'avenir de manière générale.

En termes de prévention des conduites de consommation et de leur pathologisation, il semble donc nécessaire de travailler sur les représentations des adolescents quant à leur carrière scolaire et leur insertion professionnelle.

En résumé,

◘ La co-occurrence de comportements antisociaux sévères et de conduites de consommation à risques, ainsi que la pathologisation de ces dernières seraient liés à des préoccupations de la part des adolescents quant à leur avenir.

DISCUSSION GENERALE

En introduction de ce travail, nous faisions le constat qu'au regard de la littérature anglosaxone prolifique sur les liens entre consommation de substances psychoactives et comportements antisociaux à l'adolescence, il semble qu'en France, la prévention des conduites de consommation des jeunes souffre d'une approche peu écologique de ces comportements, ne prenant pas suffisamment en compte les conduites antisociales.

En effet, s'il est largement admis que les comportements antisociaux et les conduites de consommation s'influencent mutuellement, rares sont les études ayant clairement appréhendé leur co-occurrence, notamment en psychologie clinique et psychopathologie. En effet, la plupart des études dans ce domaine portent soit sur les comportements antisociaux, soit sur les conduites de consommation mais finalement peu sur leur association.

De plus, la plupart des études sur ce sujet considèrent les conduites de consommation comme un ensemble agrégé confondant différentes substances psychoactives ou à l'inverse ne prennent en considération que l'un de ces produits. De la même manière, les études portant sur les comportements antisociaux délaissent souvent la distinction entre leurs deux formes cliniques : violente et non violente.

Aussi, alors que la littérature scientifique s'intéresse aux conduites de consommation ou aux comportements antisociaux des adolescents, soit en population générale, soit en population psychiatrique, soit en addictologie, rares sont celles qui ont confronté ces trois populations alors qu'une telle démarche permettrait d'identifier les adolescents les plus à risques d'associer comportements antisociaux et conduites de consommation et les mécanismes sous-jacents à une « pathologisation » des conduites de consommation.

Les points fort de ce travail de thèse résident donc dans : 1) l'adoption d'une approche centrée sur la personne, 2) la confrontation d'une approche centrée sur la personne et d'une approche centrée sur les variables, 3) la mise en place d'un dispositif d'étude multi-échantillon.

I. De l'approche descriptive à l'approche centrée sur la personne

L'approche descriptive des prévalences des comportements antisociaux, des conduites de consommation et de leur co-occurrence a permis d'observer en milieu scolaire, comme en milieu psychiatrique que : 1) L'alcool est la substance psychoactive expérimentée le plus précocement (entre 11 ans et 11,4 ans), 2) Tous les adolescents n'associent pas nécessairement comportements antisociaux et conduites de consommation, 3) Dans l'association entre conduites de consommation et comportements antisociaux, la consommation occasionnelle d'alcool, la polyconsommation, la consommation régulière de tabac et la forme mixte des comportements antisociaux sont les plus impliquées.

L'approche centrée sur la personne au travers d'une analyse en clusters confirme ces premières observations mais permet néanmoins de repérer des profils comportementaux communs et spécifiques à ces deux populations d'adolescents.

I.1. Observations spécifiques

I.1.1. Un profil « sévère » d'adolescents exclusivement antisociaux en population psychiatrique

La littérature scientifique et la présente étude en population scolaire défendent l'idée selon laquelle la sévérité des comportements antisociaux est étroitement liée à la consommation de substances psychoactives. Pourtant, en milieu psychiatrique, chez des adolescents présentant une comorbidité de troubles externalisés (TDAH/TOP voire TC), il semble que cela ne se vérifie pas. Ce profil de patients serait donc bien spécifique, ne consommant pas de substances psychoactives mais présentant des comportements antisociaux sévères, notamment violents, associés à une comorbidité TDAH/TOP (voire TC, pour près de la moitié d'entre eux) et des symptômes d'hyperactivité/impulsivité élevés. Ainsi, il est probable que ces adolescents aient présenté très tôt dans l'enfance des signes d'agressivité physique sub-syndromique à un TC, qui, associés à un TOP et symptomatologie hyperactive/impulsive sévère et chronique, les ont inscrits dans une trajectoire développementale exclusivement antisociale marquée notamment par des comportements violents sévères (Bor, et al., 2004; Tremblay, 2000) en lien avec une immaturité sociale et des difficultés relationnelles sûrement

précoces. En effet, les adolescents dont les conduites antisociales commencent tôt dans l'enfance seraient moins enclins à consommer des substances psychoactives, comparés aux adolescents dont les conduites antisociales se manifestent plus tard à l'adolescence (Grilo, et al., 1996). Ce profil comportemental ne semble donc pas concerner par l'adoption de conduites de consommation mais pose avec acuité la question des trajectoires développementales des différents profils d'adolescents observés en milieu scolaire et en milieu psychiatrique.

I.1.2. Un profil « normal » d'adolescents exclusivement violents en population scolaire

En population scolaire, l'analyse en cluster a permis de repérer que la forme exclusivement violente des comportements antisociaux, notamment en termes d'agression physique, est plutôt masculine et n'est pas l'indicateur d'une sévérité de ces comportements. Ils feraient donc partie du développement normal des jeunes adolescents garçons confirmant le consensus selon lequel les garçons sont plus susceptibles que les filles de s'engager dans des comportements d'agression, probablement parce que dans leur développement, les filles ont davantage de facilité à trouver des alternatives à leurs comportements d'agression physique lors des premières années de vie (Archer & Côté, 2005; Vaillancourt, 2005). En effet, les filles seraient généralement plus réceptives aux efforts de socialisation que les garçons (Keenan & Shaw, 1997) et maîtriseraient mieux leurs comportements, notamment d'agression physique (Côté, Tremblay, Nagin, Zoccolillo, & Vitaro, 2002b; Kochanska, Murray, & Harlan, 2000). Pour certains auteurs, cette meilleure compétence, chez les filles, pour contrôler leurs comportements d'agression résulterait d'un mécanisme de socialisation marqué par les attentes sociales quant aux réactions féminines. Ainsi, ce serait l'internalisation du rôle sexué et de la conformité sociale qu'elle impose qui protègerait les filles d'une persistance de leurs comportements violents (Broidy & Agnew, 1997; Heimer, 1996). Il s'agit donc, là aussi, de ne pas stigmatiser les comportements d'agression physique des jeunes adolescents lorsque ceux-ci n'indiquent pas une sévérité des manifestations violentes.

I.1.3. Une différence de genre chez les consommateurs antisociaux en population scolaire

En milieu scolaire, il semble que le profil de consommateurs antisociaux le plus sévère (polyconsommation/consommation régulière de tabac et comportements antisociaux mixtes sévères) réunisse plus de garçons que de filles alors que les adolescents consommant exclusivement de l'alcool et adoptant des comportements antisociaux mixtes modérés sont autant des garçons que des filles. En termes de prévention des conduites de consommation, il semble donc que le public des adolescentes nécessite tout autant d'attention que le public des adolescents. Néanmoins, le contenu des messages préventifs ou les méthodes de prévention devraient tenir compte du sexe des destinataires, les manifestations antisociales (tendance à une plus grande sévérité des comportements violents chez les garçons) et les conduites de consommation (tendance à une polyconsommation ou consommation régulière de tabac chez les garçons) étant différentes selon le sexe.

I.1.4. Des consommations occasionnelles non sans risques en population scolaire

Il a été surprenant d'observer que les conduites de consommation occasionnelles des adolescents adoptant des comportements antisociaux, en milieu scolaire, n'étaient pas nécessairement exemptes d'être des consommations abusives ou à risques de dépendance. Ce constat mérite d'être mis en perspective avec les suggestions de certains auteurs selon lesquelles la consommation occasionnelle de substances psychoactives à l'adolescence pourrait ne pas être anodine.

Ainsi, selon Chabrol (2011), « entre l'usage occasionnel et l'abus/dépendance, existent probablement des troubles sub-cliniques significatifs. Les sujets répondant à un ou deux critères de la dépendance à une substance psychoactive peuvent être considérés comme relevant du diagnostic de trouble lié aux substances psychoactives sub-clinique. En effet, Rohde et al. (2001) ont montré que l'usage problématique d'alcool à l'adolescence, défini par la présence d'un ou deux critères de la dépendance à une substance psychoactive, a une évolution proche de l'abus ou la dépendance à l'alcool » (Chabrol, 2011).

En effet, la définition de l'usage d'une substance psychoactive comme une consommation n'entraînant ni complication ni dommage fait l'objet d'une forte controverse scientifique,

politique et culturelle (Guilbert, et al., 2001), notamment à la période de l'adolescence. A cette période particulière du développement d'un individu, certains auteurs préfèrent parler d'usage à risques correspondant à une consommation susceptible d'entraîner des dommages dans certaines circonstances et susceptible de poser les fondations d'un abus ou d'une dépendance (Bailly, 1994; Farges, Farges, & Angel, 2001; Reynaud, Parquet, & Lagrue, 2000). Ainsi, le premier indicateur d'un usage à risques serait la précocité de la consommation (Karila, Coscas, Benyamina, & Reynaud, 2007). L'effet de la substance psychoactive consommée est en effet d'autant plus nocif qu'il interagit à l'adolescence avec un système neurobiologique en construction pouvant alors provoquer des distorsions dans le rapport du sujet avec son environnement et son entourage. Certains auteurs préconisent même que chez l'adolescent, l'usage régulier devrait être considéré comme un trouble (Sussman, Skara, & Ames, 2008) en raison de sa possible interférence avec le processus de maturation cérébrale (Tarter, 2002).

Un autre indicateur d'usage à risque résiderait dans l'adoption de conduites à risques sous l'effet d'une substance psychoactive, notamment la prise de risques en véhicule motorisé (Michel, et al., 2002; Ramaekers, Berghaus, Van Laar, & Drummer, 2004) et les comportements violents (Goldstein, 1985). Les polyconsommations représenteraient également en elles-mêmes un indicateur d'usage à risques soumettant l'adolescent à un cumul de risques sanitaires ; certaines interactions de substances psychoactives pouvant être particulièrement dangereuses (alcool-cannabis) (Morel & Reynaud, 2000) (Morel, 2000).

Enfin, les modes de consommation (festive, récréative, auto-thérapeutique,…) permettraient également de mieux discriminer les usages à risques que ne le feraient les classifications proposées en termes d'usage occasionnel ou régulier (Marcelli & Braconnier, 2004). L'adoption conjointe d'une approche centrée sur la personne et centrée sur les variables dans l'étude des conduites de consommation à l'adolescence semble donc trouver ici toute sa pertinence, permettant alors de révéler les mécanismes sous-jacents et donc les différents enjeux de la consommation de substances psychoactives à l'adolescence.

I.2. Observations communes

I.2.1. La transgression « normale » de l'adolescence

En milieu psychiatrique, comme en milieu scolaire, nous retrouvons un profil d'adolescents adoptant des comportements antisociaux exclusivement non violents. Ce profil comportemental n'est pas l'indicateur d'une sévérité des comportements antisociaux. En effet, il est surtout caractérisé par des mensonges répétés pour échapper à ses obligations et le fait de rester tard dehors la nuit malgré les interdictions parentales. Il pourrait s'agir de mensonges utilitaires (Aubron, et al., 2007) et, de manière générale, de comportements antisociaux non violents pour lesquels la transgression relèveraient des mêmes enjeux que les mensonges répétés, soit échapper à ses obligations. Cela signifie que ces manifestations transgressives, lorsqu'elles sont exclusives, ne seraient pas l'indicateur d'une psychopathologie, se retrouvant tant en population scolaire que psychiatrique mais également tant chez les garçons que chez les filles, relevant alors probablement d'enjeux développementaux inhérents à l'adolescence. En effet, en milieu scolaire ces comportements exclusivement transgressifs et non sévères pourraient représenter une stratégie de maîtrise de son environnement et de lutte contre des affects dépressifs résultant de situations internes et/ou externes vécues comme incontrôlables par les adolescents.

Il s'agit donc de ne pas stigmatiser les comportements de transgression à l'adolescence, sans quoi nous oublierions le fait que ceux-ci détiennent un bénéfice secondaire positif chez les adolescents qui restent des personnes en construction qui apprennent à s'adapter à leur environnement.

I.2.2. La forme mixte des comportements antisociaux : indicateur de sévérité

En population scolaire, tout comme en population psychiatrique, la forme mixte des comportements antisociaux (à la fois violente et non violente) concerne la majorité des adolescents, que ceux-ci y associent ou non des conduites de consommation. Il semble donc que la distinction des différentes formes cliniques des comportements antisociaux enrichisse plus la construction du savoir quant à leur étiologie et leur trajectoire développementale, qu'elle ne rende compte de la réalité clinique des adolescents. Néanmoins, cette observation confirme l'idée que les deux formes cliniques des comportements antisociaux sont

modérément corrélées (Burt, et al., 2011) et précise alors que ce serait particulièrement le cas à l'adolescence, notamment parce que leur trajectoire développementale se rencontrent surtout à cette période de la vie (Tremblay, 2000).

L'intérêt de cette observation réside dans le fait que cette forme clinique mixte des comportements antisociaux est associée, tant en population scolaire qu'en population psychiatrique à une plus grande sévérité (nombre et fréquence) des comportements antisociaux que lorsque les formes violente et non violente sont exclusives. Lorsque l'on sait que la sévérité des comportements antisociaux est étroitement liée à l'adoption de conduites de consommation et à leur sévérité (Best, et al., 2006; Verdurmen, et al., 2005), il semble que, dans une perspective de prévention des conduites de consommation, les deux formes cliniques des comportements antisociaux soient tout aussi importantes à prendre en considération l'une que l'autre.

I.2.3. Le milieu de l'adolescence, période charnière

Tant en population scolaire qu'en population psychiatrique, les profils d'adolescents consommateurs confirment que les conduites de consommation débutent et s'installent à l'adolescence (Barnes, et al., 2005; Michel, et al., 2006) mais précisent qu'il s'agirait du milieu de l'adolescence, fin de collège ($4^{ème}$, $3^{ème}$), que ces consommations soit sévères ou non, associées ou non à des comportements antisociaux. En termes de prévention, il semble que le contenu des messages et des actions préventives se doive de s'adapter à l'âge des adolescents.

I.2.4. Deux profils de consommateurs antisociaux : deux modes de consommation

En population scolaire, comme en population psychiatrique, deux mêmes profils de consommateurs antisociaux se dessinent. : 1) des adolescents adoptant des comportements antisociaux non violents et violents associés à une consommation exclusive d'alcool et 2) des adolescents adoptant des comportements antisociaux non violents et violents associés à des polyconsommations ou une consommation régulière de tabac.

Néanmoins, tant en population scolaire qu'en population psychiatrique, le premier profil de consommateurs antisociaux se caractérise par des difficultés de régulation comportementale et des difficultés relationnelles. Ces adolescents s'inscrivent alors dans une expression comportementale antisociale plutôt transgressives, et de prise de risques plutôt socialement valorisées (sports à risques, jeux de défis). Le recours exclusif à l'alcool pourrait alors représenter une modalité de transgression de la loi parentale et sociétale mais également une stratégie de « re-socialisation » permettant de maintenir des relations aux pairs suffisamment stimulantes. Ces adolescents pourraient donc être sensibles à l'influence de pairs déviants et pourraient s'engager dans des conduites alcooliques abusives telles que le binge-drinking.

Le second profil de consommateurs antisociaux se caractérise par des difficultés à la fois comportementales, relationnelles et émotionnelles. Ces adolescents s'inscrivent alors dans une expression comportementale antisociale à la fois violente et transgressive associée à des prises de risques et des conduites de consommation diversifiées, répétées et parfois nocives (polyconsommation, consommation régulière de tabac). Le recours à des substances psychoactives représenterait donc une stratégie d'auto-médication voire d'auto-régulation d'une détresse émotionnelle résultant de difficultés relationnelles ne leur permettant pas, entre autre, d'assouvir leurs besoins de stimulations nouvelles. Ces adolescents adopteraient donc des conduites de consommation auto-thérapeutiques (Marcelli & Braconnier, 1999) à risques d'évolution vers une dépendance.

Finalement, les polyconsommateurs/consommateurs réguliers de tabac adoptant des comportements antisociaux mixtes très sévères et des prises de risques diversifiées semblent les plus vulnérables vis-à-vis d'une dépendance aux substances psychoactives, alors que les adolescents consommant exclusivement de l'alcool et adoptant des comportements antisociaux modérés à sévères et des prises de risques plutôt transgressives et socialement valorisées semblent plutôt susceptibles vis-à-vis d'un abus d'alcool sous l'influence de pairs déviants.

En termes de prévention écologique des conduites de consommation à l'adolescence, il semble donc important de distinguer ces différents modes d'usage de substances psychoactives. La sévérité des manifestations antisociales violentes et non violentes, le type de produit consommé et les conduites à risques adoptées par les adolescents seraient de bons indicateurs de ces modes de consommation. Néanmoins, il s'agit pour les personnels de

l'éducation et de la santé d'être suffisamment formés, informés et vigilants à ces manifestations comportementales et aux mécanismes psychopathologiques et psychologiques sous-jacents.

II. Approche centrée sur la personne et centrée sur les variables

La confrontation d'une approche centrée sur la personne et d'une approche centrée sur les variables nous a permis d'identifier des facteurs de vulnérabilité spécifiques aux comportements antisociaux, à la consommation de substances psychoactives et à leur co-occurrence. Néanmoins, cela a surtout été possible au travers de l'étude en population scolaire qui offre un plus large panel de profils comportementaux et une lecture plus aisée qu'en milieu psychiatrique, des facteurs de vulnérabilité impliqués dans chacun de ces profils.

En effet, en milieu psychiatrique, la spécificité de la population ne rend pas compte de la représentativité des manifestations antisociales et des conduites de consommation de tous les adolescents. De plus, l'intrication entre les troubles psychopathologiques qu'ils présentent et les dimensions de personnalité évaluées dans cette étude, ne permet pas non plus de rendre compte de l'implication de certaines dimensions tempéramentales et de caractère dans les différents profils comportementaux. Néanmoins, certains résultats obtenus en milieu psychiatrique, malgré la spécificité de cette population, semblent corroborer les résultats obtenus en milieu scolaire.

II.1. La recherche de nouveauté

Dans cette étude, en milieu scolaire, une forte recherche de nouveauté est impliquée à la fois dans l'adoption de comportements antisociaux violents et non violents, dans la consommation de substances psychoactives et dans leur co-occurrence. Cette dimension tempéramentale ne suffirait donc pas à identifier les adolescents les plus à risques d'adopter des conduites de consommation à risques.

D'autre part, les consommateurs antisociaux, en milieu scolaire, au vu de la précocité de leur expérimentation d'alcool et de tabac, des multiples conduites à risques associées, de la sévérité des comportements antisociaux déclarés et des modes de consommation

précédemment présentés pourraient être considérés comme des adolescents adoptant des conduites de consommation à risques. Or, il semble que ces profils d'adolescents réunissent les adolescents pour lesquels la recherche de nouveauté est la plus élevée. Ceci peut être mis en lien avec le fait que ce même profil de consommateurs antisociaux, en milieu psychiatrique, se caractérisent par une forte recherche de nouveauté alors même que ces adolescents présentent une comorbidité de troubles externalisés (les troubles externalisés, notamment le TDAH étant largement associé à cette dimension tempéramentale (Purper-Ouakil D, et al., 2010)). De la même manière, les patients en addictologie présentent une plus forte recherche de nouveauté que ces profils de consommateurs à risques, en population scolaire et psychiatrique.

Il semble donc qu'en termes de prévention des conduites de consommation à l'adolescence et de leur pathologisation, la dimension tempéramentale « recherche de nouveauté » ne soit pas à négliger. Cela n'est pas sans conséquences sur les moyens de prévention car lorsque l'on sait que les adolescents les plus vulnérables à une consommation de substances psychoactives à risques et nocives sont des adolescents curieux, à la recherche de stimulations et de sensations nouvelles, les programmes préventifs basés sur l'information liée aux risques de consommer tel ou tel produit seraient clairement incitatifs. Il s'agirait donc plutôt d'exploiter chez ces adolescents cette soif de sensations nouvelles et de découvertes en leur offrant la possibilité d'y répondre autrement que par le recours à des substances psychoactives.

II.2. L'immaturité sociale

La dimension tempéramentale « immaturité sociale » reflétant des difficultés à établir des relations interpersonnelles stables, à être empathiques, à prendre en considération et à accepter autrui se retrouve, en milieu scolaire, chez les adolescents adoptant des comportements antisociaux exclusivement violents et les adolescents adoptant des comportements antisociaux à la fois violents et non violents, quelle qu'en soit leur sévérité, et que ceux-ci soient associés ou non à une conduites de consommation. Il semble donc que l'immaturité sociale soit préférentiellement impliquée dans l'adoption de comportements antisociaux de forme violente. Ceci peut également être mis en lien avec le fait que cette dimension de caractère se retrouve, en milieu psychiatrique, associée au profil « sévère » d'adolescents exclusivement antisociaux décrit précédemment. En effet, ce profil de patients présentant des comportements antisociaux sévères, notamment violents, sans conduites de

consommation est spécifique au milieu psychiatrique et malgré qu'ils présentent un TOP avéré, signant des comportements d'opposition et de défiance envers autrui, ils manifestent tout de même une forte immaturité sociale. L'immaturité sociale pourrait donc être impliquée à la fois dans le maintien de comportements antisociaux violents au début de l'adolescence, mais également dans l'augmentation de la sévérité de ces comportements.

En milieu scolaire, l'augmentation de la sévérité des comportements antisociaux violents est clairement associée à des polyconsommations et une consommation régulière de tabac. En termes de prévention des conduites de consommation à l'adolescence, il semble donc qu'un accompagnement précoce dans l'apprentissage des habiletés sociales puisse clairement prévenir l'adoption de conduites de consommation à risques.

II.3. La symptomatologie dépressive

En milieu scolaire, une symptomatologie dépressive élevée serait préférentiellement impliquée dans l'adoption de comportements antisociaux de forme non violente. Les comportements de transgression, mêmes non sévères, pourraient donc s'entendre comme une tentative de lutte contre des affects dépressifs à une période de bouleversement identitaire pour les adolescents. La transgression, de manière générale, aurait alors une valeur adaptative pour les adolescents. Il s'agit donc de ne pas stigmatiser les manifestations transgressives de l'adolescent. Néanmoins, le risque que représente cette modalité de lutte contre des affects négatifs réside dans le fait qu'elle devienne l'unique façon pour l'adolescent de faire face à ses difficultés. Or, les adolescents présentant des difficultés relationnelles et des difficultés à réguler leurs besoins de stimulations nouvelles sont également ceux présentant la symptomatologie dépressive la plus sévère. Et malgré qu'ils ne fassent pas partie des adolescents dont les comportements antisociaux non violents (transgressifs) sont les plus sévères, ils s'adonnent tout de même à de nombreuses conduites à risques ayant une valeur transgressive (prise de risques en deux roues, jeux de défis) et à des polyconsommations de tabac-alcool et tabac-alcool-cannabis.

En termes de prévention des conduites de consommation à l'adolescence, il semble donc important de ne pas négliger les enjeux de cette période de la vie et il paraît nécessaire de combattre les représentations que l'on se fait de l'adolescent qui transgresse simplement par

provocation et goût du risque. Ces manifestations transgressives parlent de l'adolescent « à sa place », justement parce qu'il questionne la sienne dans le monde des adultes.

II.4. Le « désengagement scolaire »

En milieu scolaire, les manifestations d'un désengagent scolaire seraient spécifiques à la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation. En effet, les consommateurs antisociaux adoptant des conduites de consommation à risques, rapportent des préoccupations vis-à-vis de leur scolarité. Néanmoins, ils y répondent par des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles. En termes de prévention des conduites de consommation, ces manifestations seraient de bons indicateurs de ce désengagement scolaire. Cela est d'autant plus vrai que des réponses dysfonctionnelles (stratégies de coping centrées sur l'émotion et l'évitement) et un manque de réponses fonctionnelles (stratégies de coping centrées sur le problème) face aux difficultés rencontrés à l'école sont caractéristiques des adolescents consommateurs antisociaux des deux profils obtenus dans cette étude. Il semble qu'aider ces adolescents à mieux appréhender, mieux vivre leur scolarité soit une piste à ne pas négliger (Li et al., 2011).

II.5. Des enjeux psychopathologiques et psychologiques intimement liés

De manière générale, tant en population scolaire qu'en population psychiatrique, malgré la spécificité de certains facteurs de vulnérabilité vis-à-vis des différentes formes cliniques de comportements antisociaux, des conduites de consommation et de leur co-occurrence, cette dernière relève à la fois d'enjeux psychopathologiques et psychologiques.

Ainsi, les adolescents consommateurs antisociaux adoptant des conduites de consommation à risques, en population scolaire et en population psychiatrique, semblent être aux prises avec des difficultés relationnelles psychologiques (immaturité sociale, faible capacité de détachement de soi) ou psychopathologique (TOP), émotionnelles (symptômes ou troubles dépressifs, intolérance à la frustration, stress perçu élevé dans la sphère scolaire ou parentale parfois associé à des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles) et comportementales (fort besoin de stimulations nouvelles, impulsivité, comorbidité TDAH/TOP).

C’est pourquoi la dernière étude a toute son importance, permettant de d’identifier si ces mêmes mécanismes sont sous-jacents à une pathologisation des conduites de consommation.

III. Le dispositif multi-échantillon

Le dispositif multi-échantillon de cette étude, confrontant trois populations d’adolescents : en milieu scolaire, en milieu psychiatrique et en addictologie, a permis d’identifier les mécanismes psychopathologiques et psychologiques responsables d’une pathologisation des conduites de consommation

En addictologie, 97,6% des patients abuseurs/dépendants déclarent au moins un comportement antisocial. Il semble qu’il y ait donc un lien entre la multiplication des comportements antisociaux et la sévérité des conduites de consommation, notamment la polyconsommation tabac-cannabis. Cela semble confirmer l’influence bi-directionnelle de ces deux phénomènes (D'Amico, et al., 2008; Doherty, et al., 2008).

Néanmoins, la pathologisation des conduites de consommation ne relèverait pas seulement de la multiplication des comportements antisociaux. En effet, elle semble également relever d’enjeux psychopathologiques et psychologiques.

III.1. Le tempérament : un point d’ancrage

Ainsi, les adolescents en addictologie se caractérisent par des difficultés relationnelles (TOP, faible dépendance à la récompense sociale), émotionnelles (EDM, faible dépendance à la récompense sociale) et comportementales (forte recherche de nouveauté), tout comme les adolescents consommateurs antisociaux adoptant des consommations à risques, en milieu scolaire et en milieu psychiatrique. Néanmoins, les adolescents en addictologie semble représenter une population difficile d’accès en termes de prévention et de prise en charge puisque leurs difficultés émotionnelles et relationnelles seraient des manifestations à la fois psychopathologiques et tempéramentales. Chez ces adolescents présentant une comorbidité TOP/EDM et une faible dépendance à la récompense sociale, il s’agit donc d’éviter à tout prix

que la prévention des conduites de consommation passe par une désapprobation de leurs conduites, sans quoi, le message préventif pourrait être anéanti.

En effet, une faible dépendance à la récompense traduit à la fois un dysfonctionnement émotionnel et relationnel en termes de détachement émotionnel du jugement social, contrairement aux adolescents en milieu scolaire pour lesquels ces difficultés émotionnelles et relationnelles relèvent d'enjeux psychopathologiques (symptômes dépressifs sub-syndromiques) et de personnalité (immaturité sociale) ; et contrairement aux adolescents en milieu psychiatrique pour lesquels ces difficultés relèvent d'enjeux essentiellement psychopathologiques (comorbidité TDAH/TOP/troubles internalisés).

La pathologisation des conduites de consommation relèveraient donc d'enjeux similaires à l'adoption de conduites de consommation à risques à l'adolescence. Néanmoins, le risque de pathologisation serait d'autant plus important que les enjeux émotionnels et relationnels relèvent de manifestations tempéramentales. En terme de prévention de la pathologisation des conduites de consommation à l'adolescence, il paraît donc primordial d'identifier les difficultés tant émotionnelles, relationnelles que comportementales des adolescents, mais surtout de pouvoir distinguer les mécanismes sous-jacents à ces difficultés, notamment en terme de tempérament.

III.2. Le TOP et ses comorbidités

En population psychiatrique, le TOP représente un facteur de vulnérabilité majeur vis-à-vis de l'adoption de comportements antisociaux violents et non violents et de conduites de consommation à risques. Trop souvent négligé dans les investigations diagnostiques, il semble qu'en termes de prévention des conduites de consommation à risques à l'adolescence, le TOP nécessite une enquête diagnostique systématique, tant chez les adolescents présentant un diagnostic principal de trouble internalisé que chez les adolescents présentant un diagnostic principal de trouble externalisé.

De plus, l'investigation de ce trouble paraît également primordiale pour prévenir la pathologisation des conduites de consommation. Néanmoins, il semble tout aussi nécessaire de s'attacher à identifier les comorbidités psychiatriques associées au TOP, notamment la

présence d'un EDM. En effet, l'étude menée en addictologie suggère que l'idée d'un « trouble des conduites dépressif » pourrait être nécessaire à appréhender, voire prévenir l'abus/dépendance à une substance psychoactive à l'adolescence (Toupin, Le Corff, & Pauzé, 2008).

IV. Recommandations pratiques générales

IV.1. La chronologie des consommations

En milieu scolaire, psychiatrique et en addictologie, l'alcool est la substance psychoactive la plus précocement expérimentée, suivie du tabac et du cannabis. En termes de prévention de la consommation de substances psychoactives, il semble donc que la chronologie des stratégies préventives se doive de tenir compte de la chronologie de la rencontre avec chaque substance psychoactive.

De plus, l'expérimentation d'alcool est significativement plus précoce chez les patients en addictologie suggérant que si une consommation précoce d'alcool ne mène pas nécessairement à un mésusage de la substance, elle pourrait être associée à une escalade vers un mésusage de tabac et/ou de cannabis, conformément à la « gateway theory » (Kandel, et al., 1992). En termes de prévention des conduites de consommation à l'adolescence, il semble que les devenirs d'une consommation précoce d'alcool, qui pourrait paraître banale car souvent initiée dans la sphère familiale, se doivent d'être approfondis.

En effet, dans l'étude en milieu scolaire, chez les adolescents consommateurs exclusifs d'alcool adoptant des comportements antisociaux sévères, alors que l'âge moyen d'expérimentation de l'alcool est de 11,4 ans, certains adolescents déclarent avoir expérimenté ce produit dès l'âge de 9 ans. En investiguant de plus près les différents contextes d'expérimentation d'alcool (en famille, avec des amis ou les deux), il semble qu'entre 9 ans et 12 ans, cette expérimentation ait surtout lieu dans un contexte familial (Cf. Annexe O).

Il ne s'agit pas de « diaboliser » cette expérimentation précoce d'alcool en contexte familial, mais en termes de prévention de la consommation de substances psychoactives, des stratégies

d'information, auprès des parents, des risques liés à une expérimentation précoce d'alcool pourrait permettre d'établir un dialogue entre l'adolescent et ses parents afin de mieux prévenir l'évolution éventuelle de cette expérimentation vers une consommation répétée, nocive ou une polyconsommation de substance psychoactives.

IV.2. Les conduites à risques : des indicateurs à investiguer

Au fil de ce travail, les conduites à risques associées aux différents profils comportementaux des adolescents ont permis d'appréhender la signification subjective que pourraient donner les adolescents à leurs manifestations comportementales antisociales et à leurs conduites de consommation. Elles ont notamment permis de faire l'hypothèse de deux modes de consommation (« re-socialisant » et autothérapeutique) suggérant alors que le mode de consommation auto-thérapeutique représente le mode de consommation le plus à risques de dépendance à une substance psychoactive. Néanmoins, le mode de consommation « re-socialisant » pourrait représenter un mode de consommation à risques vis-à-vis d'un abus d'alcool et d'une multiplication de conduites déviantes et transgressives dépassant la consommation de substances psychoactives. Ce mode de consommation, qui repose sur une hypothèse à priori nécessite cependant une étude plus approfondie, notamment du discours des adolescents quant à cette consommation exclusive d'alcool.

Notons que les consommateurs antisociaux en milieu scolaire, en milieu psychiatrique et en addictologie sont plus nombreux que l'ensemble des adolescents en population générale à pratiquer des jeux de défis. En termes de prévention des conduites de consommation à risques l'adolescence et de leur pathologisation, il semble que cette pratique nécessite une attention particulière. Il s'agit dans un premier temps de les connaître et de savoir les repérer. Il serait paraît donc primordial que les personnels de l'éducation et de la santé soient informés de ces « nouvelles conduites à risques » peu étudiés jusqu'alors. Il semble en effet difficile de déceler les enjeux qu'elles soulèvent : transgression ? dépassement de soi ? valorisation sociale ? Néanmoins, il existe déjà sur internet un document de formation à l'attention des enseignants brossant un tableau de ces différents jeux de défis (Michel et al., 2010). Un partenariat avec les enseignants informés de ces pratiques permettrait d'échanger autour des expériences qu'ils ont pu faire dans leur pratique quant à ses jeux de défis et des éventuels témoignages qu'ils peuvent en avoir de la part des adolescents.

IV.3. Les habiletés sociales

Ce travail de thèse repère que les consommations de substances psychoactives les plus à risques, tant en population scolaire, psychiatrique, et les conduites d'abus/dépendance à une substance psychoactive, en addictologie sont associées à des comportements antisociaux sévères résultant probablement de difficultés notamment émotionnelles relationnelles, soit psychopathologiques, soit psychologiques voire tempéramentales.

En terme de prévention des conduites de consommation à l'adolescence et de leur pathologisation, il semble donc que des programmes préventifs, largement développés au Canada auprès d'enfants d'âge scolaire ou pré-scolaire, basés sur l'amélioration des habiletés sociales (Centre de Psycho-Éducation du Québec, 1995; Institut Pacifique, 2006) puissent réduire les comportements antisociaux de ces adolescents et par conséquent le risque de recours à une substance psychoactive pour faire face à leur détresse émotionnelle et relationnelle.

Néanmoins, il semble que ces programmes d'entraînement aux habiletés sociales comportent certaines limites, notamment des effets moindres à moyen et long terme et une difficulté pour les jeunes destinataires de ces programmes à en généraliser les apprentissages (Gresham, 1998; Massé, 1999). En effet, ces programmes, notamment à l'adresse des adolescents, portent davantage sur une mise à niveau des connaissances délivrées plus tôt dans l'enfance, sans applications pratiques (Royer, Morand, & Gendron, 2005). Certains auteurs suggèrent de pallier à cette limite en proposant que ces programmes soient basés sur l'activité physique (Gendron, Royer, Potvin, & Betrand, 2003). Il semble en effet que l'activité physique basée sur des jeux coopératifs ait un impact chez les enfants et les adolescents sur le plan des habiletés de communication et d'adaptation, de l'auto-efficacité, du sentiment d'autocontrôle, des habiletés à résoudre des conflits, de la stabilité émotionnelle, du rendement scolaire, du bien-être et de l'humeur (Bordeleau, Morency, & Savinski, 1999; MacMahon & Gross, 1988). Une étude récente montre cependant que l'intégration de valeurs socio-morales suit une trajectoire développementale spécifique et que la valeur des interdits est différente selon l'âge des enfants et la consolidation de l'intégration des règles sociales se doit donc de s'adapter aux différents temps du développement de l'enfant et de l'adolescent (Blatier, Gimenez, & Paulicand, 2008).

V. Limites et perspectives

V.1. Limites

La limite majeure de cette recherche réside dans son dispositif transversal ne permettant pas d'appréhender la trajectoire développementale des adolescents qui s'engagent dans des conduites de consommation à risques. Néanmoins, nous avons eu recours, en milieu psychiatrique et en addictologie, à une méthode d'évaluation rétrospective des troubles psychopathologiques. Il se trouve que cette évaluation aurait nécessité une approche plus dimensionnelle permettant de repérer des sémiologies sub-syndromiques dans l'enfance. En effet, on sait combien il est difficile de poser un diagnostic de façon précoce.

Une autre des limites de cette étude est liée à la méthode de recueil des informations concernant les comportements antisociaux et les conduites de consommation. En effet, les comportements auto-déclarés, notamment ceux qui ne sont pas socialement acceptés, pourraient souffrir d'une sous-évaluation. Cette méthode reste pourtant la plus facilement utilisable pour mener des recherches auprès d'un grand nombre de sujets. Le taux d'attrition quant aux retours des questionnaires de parents et des enseignants suggère également que les résultats de l'étude portant sur l'évaluation de la symptomatologie externalisée sont à considérer avec prudence. Néanmoins, le chercheur en psychologie ne travaille pas en laboratoire et doit également faire avec la réalité de son terrain de recherche. Il serait cependant nécessaire de réfléchir à des dispositifs d'hétéro-évaluations permettant de réduire ce taux d'attrition, notamment celui dû aux aléas des oublis, des indisponibilités et des emplois du temps trop chargés.

Enfin, une des limites méthodologiques qui rend ce travail complexe réside dans le choix des critères sélectionnés dans l'analyse en cluster. En effet, il paraît pertinent dans une étude qui se veut exploratoire, de considérer toutes les consommations de substances psychoactives des adolescents, notamment les consommations occasionnelles, et toutes les manifestations antisociales, même les plus rares (au moins un comportement antisocial sur les douze derniers mois). Il aurait peut-être était plus pertinent de construire des variables prenant en considération à la fois le type de substances psychoactives, la forme clinique des comportements antisociaux et leur sévérité. Cependant, comme nous l'avons déjà énoncé, il

semble difficile de circonscrire les critères de la sévérité de ces comportements, notamment à l'adolescence.

Les limites de cette étude laisse donc place à de nouvelles perspectives de recherche qui ne feront qu'enrichir le savoir déjà prolifique sur les conduites de consommation et les comportements antisociaux des adolescents.

V.2. Perspectives

Cette étude pourrait être largement enrichie par des entretiens cliniques avec certains adolescents, tant en milieu scolaire, psychiatrique qu'en addictologie afin de rendre compte plus finement des motivations de ces adolescents à s'engager dans des comportements antisociaux violents et/ou non violents, des conduites de consommation exclusive à une substance, des conduites à risques à enjeux physiques, hétéro-agressives, transgressives ou socialement valorisées, car si l'analyse des facteurs de vulnérabilité individuelle permet d'approcher les raisons qui poussent certains jeunes à adopter tel ou tel comportement, chacun d'entre eux aurait un discours bien différent des motivations intrinsèques qui l'animent (Choquet & Ledoux, 1998). Néanmoins, nous avions consacré une partie du protocole d'évaluation à l'expression libre des adolescents quant à leurs pratiques à risques, leurs comportements antisociaux et leurs conduites de consommation, et les trois thématiques qui semblent émerger sont : l'amusement, en premier lieu, un malaise interne, en second lieu, puis l'anticonformisme dans un troisième temps. Ces informations ne permettent cependant pas d'être généralisées car elles ne concernent que 3% à 5% des adolescents ayant pris le temps de se livrer ; et pas nécessairement les adolescents adoptant les conduites de consommation les plus à risques. Il serait cependant intéressant dans de futures recherches de recueillir ces différentes motivations déclarées par les adolescents, d'en faire une analyse de contenu et de les mettre en lien avec des dimensions de personnalité, tels que les états méta-motivationnels issus de la théorie des renversements de Apter (Apter, Au, Lindner, Boddington, & McDermott, 2003; Sit, Lindner, Apter, Michel, & Mallows, 2010), afin de préciser les enjeux motivationnels sous-jacents aux différents modes de consommation de substances psychoactives à l'adolescence (Fernandez et al., 2004).

Il serait également intéressant dans de futures recherches de combiner une approche centrée sur la personne, telle que celle utilisée dans cette étude, et d'étudier les trajectoires

développementales des enfants ou adolescents de différents profils comportementaux à l'instar des recherches canadiennes utilisant cette procédure d'investigation (Tremblay, et al., 2004). Il serait bien évidemment encore plus heuristiques de prendre en considération dans ces trajectoires des facteurs de vulnérabilité environnementaux qui pourraient s'avérer plus ou moins pathogènes pour un individu selon ces caractéristiques individuelles (Baker, et al., 2008; Jang, Vernon, & Livesley, 2000; Jester et al., 2005).

Enfin, face à la difficulté de circonscrire les critères de la sévérité des comportements antisociaux et des conduites de consommation, notamment à l'adolescence, il semble primordial que la recherche en psychologie s'attache à faire de cette question un débat à la fois méthodologique, éthique et clinique afin d'initier un discours cohérent et solide sur la santé de nos adolescents.

CONCLUSION

L'objectif de cette recherche était d'étudier, chez l'adolescent, les mécanismes psychopathologiques impliqués dans la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation et responsables de la « pathologisation » des conduites de consommation, par l'adoption conjointe d'une approche centrée sur la personne (profils comportementaux prenant en considération le type de substances psychoactives consommées et la forme clinique des comportements antisociaux adoptés par les adolescents) et d'une approche centrée sur les variables (facteurs de vulnérabilité psychopathologiques et psychologiques) ainsi que la mise en place d'un dispositif d'étude multi-échantillon (milieu scolaire, milieu psychiatrique, addictologie).

Ce dispositif a permis de montrer que la co-occurrence de comportements antisociaux et de conduites de consommation ne concernait pas tous les adolescents en milieu scolaire et en milieu psychiatrique. Ainsi, les adolescents les plus susceptibles d'associer ces deux comportements et d'adopter des conduites de consommation à risques présentent des difficultés à la fois relationnelles, émotionnelles et comportementales relevant de facteurs de vulnérabilité psychopathologiques, de personnalité et de stress perçu. La pathologisation des conduites de consommation relèvent d'enjeux similaires à l'adoption de conduites de consommation à risques à l'adolescence. Néanmoins, le risque de pathologisation serait d'autant plus important que les enjeux émotionnels et relationnels relèvent de manifestations tempéramentales. En terme de prévention de la chronicisation et de la pathologisation des conduites de consommation à l'adolescence, il paraît donc primordial d'identifier les difficultés tant émotionnelles, relationnelles que comportementales des adolescents, mais surtout de pouvoir distinguer les mécanismes sous-jacents à ces difficultés, notamment en terme de tempérament.

Cette étude centrée sur la personne et proposant un dispositif multi-échantillon permet donc d'envisager les conduites de consommation à l'adolescence comme des comportements inscrits dans le continuum entre normal et pathologique dont les enjeux individuels sous-jacents nécessitent une approche intégrative et biopsychosociale de l'adolescent. Il ne s'agit pas de pathologiser ces comportements mais bien d'en comprendre leur place dans l'économie psychique des adolescents afin de les re-posséder des symboles que portent leur trajectoire de vie.

Références

Abrous, N., Aubin, H. J., Berlin, I., Junien, C., Le Foll, B., Le Houezec, J., et al. (2004). Tabac : comprendre la dépendance pour agir. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Retrieved May, 2011, from http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000680/index.shtml

Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs, 80*.

Acton, G. S. (2003). Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: Implications for substance use. *Substance Use & Misuse, 38*(1), 67.

Adalbjarnardottir, S., & Rafnsson, F. D. (2002). Adolescent antisocial behavior and substance use. Longitudinal analyses. *Addictive Behaviors, 27*(2), 227-240.

Adams, J. B., Heath, A. J., Young, S. E., Hewitt, J. K., Corley, R. P., & Stallings, M. C. (2003). Relationships between personality and preferred substance and motivations for use among adolescent substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse, 29*(3), 691-712.

Adès, J., & Lejoyeux, M. (2004). Conduites de risque. *EMC - Psychiatrie, 1*(3), 201-215.

Agnew, R., Brezina, T., Wright, J. P., & Cullen, F. T. (2002). Strain, personality traits, and delinquency: extending general strain theory. *Criminology, 40*(1), 43-72.

Agrawal, A., & Lynskey, M. T. (2009). Tobacco and cannabis co-occurrence: does route of administration matter? *Drug Alcohol Depend, 99*(1-3), 240-247.

Alcohol Advisory Council of New Zealand. (2001). National Alcohol Strategy 2000-2003.

Alessi, N. E., McManus, M., Grapentine, W. L., & Brickman, A. (1984). The characterization of depressive disorders in serious juvenile offenders. *Journal of Affective Disorders, 6*(1), 9-17.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry, 40*(1), 57-87.

Angold, A., Weissman, M. M., John, K., Merikangas, K. R., Prusoff, B. A., Priya, W., et al. (1987). Parent and child reports of depressive symptoms in children at low and high risk of depression. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines, 28*(6), 901-915.

Apter, M. J., Au, C., Lindner, K., Boddington, E. L., & McDermott, M. R. (2003, 7-11 July). *Reversal theory.* Paper presented at the 11th International Conference on Reversal Theory, York St. John College - York, England.

Archer, J., & Côté, S. (2005). Sex differences in aggressive behavior: A developmental and evolutionary perspective. In R. E. Tremblay, W. H. Hartup & J. Archer (Eds.), *Developmental origins of aggression* (pp. 425-443). New York: Guilford Press.

Armstrong, T. D., Costello, E. J., Glantz, M. D., & Kendall, P. C. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(6), 1224-1239.

Ary, D. V., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W., & Smolkowski, K. (1999). Development of Adolescent Problem Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*(2), 141-150.

Asch, M., Cortese, S., Perez-Diaz, F., Pélissolo, A., Aubron, V., Orejarena, S., et al. (2009). Psychometric properties of a French version of the Junior Temperament and Character Inventory. *European Child and Adolescent Psychiatry, 18*(3), 144-153.

Assailly, J.-P. (1993). Les jeunes et le risque. Une approche psychologique de l'accident. *Population, 48*(3).

Aubron, V., Purper-Ouakil, D., & Michel, G. (2007). Mensonge et mythomanie chez l'enfant : approche psychodéveloppementale. *Annales Médico-psychologiques, 165*(5), 345-350.

August, G. J., Winters, K. C., Realmuto, G. M., Fahnhorst, T., Botzet, A., & Lee, S. (2006). Prospective Study of Adolescent Drug Use Among Community Samples of ADHD and Non-ADHD Participants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(7), 824-832.

Bailly, D. (1994). Clinique et thérapeutique de l'alcoolisme des jeunes. *Nervure, 7*, 10-18.

Bailly, D., Bouvard, M., Casadebaig, F., Corcos, M., Fombonne, E., Gorwood, P., et al. (2003). *Expertise collective INSERM - Troubles mentaux: Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Institut de la Santé et de la Recherche Médicale.

Baker, L. A., Raine, A., Liu, J., & Jacobson, K. C. (2008). Differential Genetic and Environmental Influences on Reactive and Proactive Aggression in Children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(8), 1265-1278.

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: I. An 8-Year Prospective Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*(4), 546-557.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of abnormal psychology, 111*(2), 279-289.

Barnes, G. M., Welte, J. W., Hoffman, J. H., & Dintcheff, B. A. (2005). Shared Predictors of Youthful Gambling, Substance Use, and Delinquency. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*(2), 165-174.

Bartek, S. E., Krebs, D. L., & Taylor, M. C. (1993). Coping, defending, and the relations between moral judgment and moral behavior in prostitutes and other female juvenile delinquents. *J Abnorm Psychol, 102*(1), 66-73.

Bartlett, R., Holditch-Davis, D., & Belyea, M. (2005). Clusters of problem behaviors in adolescents. *Research in Nursing & Health, 28*(3), 230-239.

Bauman, A., & Phongsavan, P. (1999). Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug and Alcohol Dependence, 55*(3), 187-207.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. M., Mock, J. J., & Erbaugh, J. J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561-571.

Becker, S. J., Nargiso, J. E., Wolff, J. C., Uhl, K. M., Simon, V. A., Spirito, A., et al. (2012). Temporal relationship between substance use and delinquent behavior among young psychiatrically hospitalized adolescents. *J Subst Abuse Treat, 43*(2), 251-259.

Benda, B. B., & Corwyn, R. F. (2000). A test of the validity of delinquency syndrome construct in a homogeneous sample. *Journal of adolescence, 23*(4), 497-511.

Bernadet, S., Purper-Ouakil, D., & Michel, G. (in press). Typologie des jeux dangereux chez des collégiens : Vers une étude des profils psychologiques. *Annales médico-psychologiques*.

Best, D., Manning, V., Gossop, M., Gross, S., & Strang, J. (2006). Excessive drinking and other problem behaviours among 14-16 year old schoolchildren. *Addictive Behaviors, 31*(8), 1424-1435.

Beyers, J. M., & Loeber, R. (2003). Untangling developmental relations between depressed mood and delinquency in male adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(3), 247-266.

Beyth-Marom, R., Austin, L., Fischhoff, B., Palmgren, C., & Jacobs-Quadrel, M. (1993). Perceived consequences of risky behaviors: adults and adolescents. *Developmental psychology, 29*(3), 549-563.

Biederman, J. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biological Psychiatry, 57*(11), 1215-1220.

Biederman, J., Faraone, S., .V. , Milberger, S., Jetton, J., Chen, L., Mick, E., et al. (1996). Is childhood oppositional definat disorder a precursor to adolescent conduct disorder ? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1193-1204.

Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Wilens, T. E., Fontanella, J. A., Poetzl, K. M., et al. (2006). Is cigarette smoking a gateway to alcohol and illicit drug use disorders? A study of youths with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry, 59*(3), 258-264.

Biederman, J., Petty C, R., Dolan, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux M, C., et al. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys : findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological medicine, 38*(7), 1027-1036.

Bizzarri, J. V., Rucci, P., Sbrana, A., Gonnelli, C., Massei, G. J., Ravani, L., et al. (2007). Reasons for substance use and vulnerability factors in patients with substance use disorder and anxiety or mood disorders. *Addictive Behaviors, 32*(2), 384-391.

Blase, S. L., Gilbert, A. N., Anastopoulos, A. D., Costello, E. J., Hoyle, R. H., Swartzwelder, H. S., et al. (2009). Self-Reported ADHD and Adjustment in College. *Journal of Attention Disorders, 13*(3), 297-309.

Blatier, C., Gimenez, C., & Paulicand, M. (2008). La valeur des interdits et l'internalisation du jugement moral : une perspective développementale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 56*(3), 122-126.

Bloomquist, M. L., August, G. J., Lee, S. S., Berquist, B. E., & Mathy, R. (2005). Targeted Prevention of Antisocial Behavior in Children: The Early Risers 'Skills for Success' Program. In R. G. Steele, M. C. Roberts, R. G. Steele & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of mental health services for children, adolescents, and families.* (pp. 201-214). New York, NY US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Bolognini, M., Plancherel, B., Winnington, M. E., Bernard, M., Stéphan, P., & Halfon, O. (2007). Substance use early initiation among violent and nonviolent antisocial adolescents. *Addiction Research & Theory, 15*(6), 561-574.

Bongers, I. L., Koot, H. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2004). Developmental trajectories of externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Child Dev, 75*(5), 1523-1537.

Bor, W., Mc Gee, T. R., & Fagan, A. A. (2004). Early risk factors for adolescent antisocial behaviour: an Australian longitudinal study. *Australian and New Zealand journal of psychiatry, 38*(5), 365-372.

Bordeleau, C., Morency, L., & Savinski, H. (1999). L'activité sportive et la relation d'aide comme outils de prévention de la violence en milieu scolaire. *Revue canadienne de psycho-éducation, 28*(1), 41-67.

Born, M. (2005). *Psychologie de la délinquance*. Paris: De Boeck Université.

Bosma, H. A. (2006). Introduction à la psychopathologie développementale. *L'orientation scolaire et professionnelle, 2*.

Braconnier, A. (1993). *Dépressions à l'adolescence*. Paris: EMC, Psychiatrie.

Bradley, H. S., Molina, B. S. G., & Pelham, W. E. (2002). The Clinically Meaningful Link Between Alcohol Use and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Alcohol Research & Health, 26*(2).

Brage, D. (1995). Adolescent depression: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing, 9*(1), 45-55.

Brezina, T. (2000). Delinquent problem-solving: an interpretive framework for criminological theory and research. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 37*(1), 3-30.

Broidy, L., & Agnew, R. (1997). Gender and crime: A general strain theory perspective. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 34*(3), 275-306.

Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., et al. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology, 39*(2), 222-245.

Brook, J. S., Whiteman, M., Finch, S. J., & Cohen, P. (1996). Young adult drug use and delinquency : Childhood antecedents and adolescent mediators. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(12), 1584-1592.

Brown, P. J., Read, J. P., & Kahler, C. W. (2003). Comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders: Treatment outcomes and the role of coping. In P. Ouimette & P. J. Brown (Eds.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders.* (pp. 171-188). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Bruchon-Schweitzer, M. L. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris Dunod.

Burke, J. D., Loeber, R., Lahey, B. B., & Rathouz, P. J. (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *J Child Psychol Psychiatry, 46*(11), 1200-1210.

Burt, S. A. (2012). How do we optimally conceptualize the heterogeneity within antisocial behavior? An argument for aggressive versus non-aggressive behavioral dimensions. *Clinical Psychology Review, 32*(4), 263-279.

Burt, S. A., Donnellan, M., Iacono, W., & McGue, M. (2011). Age-of-onset or behavioral sub-types? A prospective comparison of two approaches to characterizing the heterogeneity within antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(5), 633-644.

Burt, S. A., & Donnellan, M. B. (2008). Personality correlates of aggressive and non-aggressive antisocial behavior. *Personality and Individual Differences, 44*(1), 53-63.

Burt, S. A., & Mikolajewski, A. J. (2008). Preliminary evidence that specific candidate genes are associated with adolescent-onset antisocial behavior. *Aggressive Behavior, 34*(4), 437-445.

Byrnes, J. P., Miller, D. C., & Schafer, W. D. (1999). Gender differences in risk taking: A meta-analysis. *Psychological bulletin, 125*, 367-383.

Cale, E. M. (2006). A quantitative review of the relations between the "Big 3" higher order personality dimensions and antisocial behavior. *Journal of Research in Personality, 40*(3), 250-284.

Campbell, S. B., Pierce, E. W., Moore, G., Marakovitz, S., & Newby, K. (1996). Boys' externalizing problems at elementary school age: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology, 8*(04), 701-719.

Capaldi, D. M., & Stoolmiller, M. (1999). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: III. Prediction to young-adult adjustment. *Development and Psychopathology, 11*(01), 59-84.

Carver, D. S., Johnson, S. L., & Joormann, J. (2008). Serotonergic function, two-mode modes of self-regulation, and vulnerability to depression: What depression has in common with impulsive aggression? *Psychological Bulletin, 134*(912−943).

Caspi, A., Moffitt, T. E., Silva, P. A., Stouthamer-Loeber, M., Krueger, R. F., & Schmutte, P. S. (1994). Are some people crime-prone? Replications of the personality-crime relationship across countries, genders, races, and methods. *Criminology, 32*(2), 163-196.

Castellanos-Ryan, N., & Conrod, P. (2011). Personality correlates of the common and unique variance across conduct disorder and substance misuse symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(4), 563-576.

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. (2009). Principales causes de décès des jeunes et des enfants en 2009. Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques,. Retrieved April, 2010, from http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natccj06206

Centre de Psycho-Éducation du Québec. (1995). *Programme de promotion des comportements sociaux à la maternelle et en première année. Programme de Fluppy*. Montréal.

Chabrol, H. (2011). *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent*. Paris: Dunod.

Chabrol, H., Fredaigue, N., & Callahan, S. (2000). Etude épidémiologique de l'abus et de la dépendance au cannabis parmi 256 adolescents. *L' Encéphale (Paris), 26*(4), 47-49.

Chabrol, H., Massot, E., Montovany, A., Chouicha, K., & Armitage, J. (2002). Modes de consommation, représentations du cannabis et dépendance : étude de 159 adolescents consommateurs. *Archives de pédiatrie (Paris), 9*(8), 780-788.

Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *The American journal of psychiatry, 160*(6), 1041-1052.

Chan, Y. F., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat, 34*(1), 14-24.

Chassin, L., Dmitrieva, J., Modecki, K., Steinberg, L., Cauffman, E., Piquero, A. R., et al. (2010). Does adolescent alcohol and marijuana use predict suppressed growth in psychosocial maturity among male juvenile offenders? *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(1), 48-60.

Chiariello, M. A., & Orvaschel, H. (1995). Patterns of parent-child communication: Relationship to depression. *Clinical Psychology Review, 15*(5), 395-407.

Choquet, M., Beck, F., Hassler, C., Spilka, S., Morin, D., & Legleye, S. (2004). Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. *Tendances, OFDT, 35*.

Choquet, M., & Ledoux, S. (1998). *Attentes et comportements des adolescents*. Paris: INSERM.

Choquet, M., Ledoux, S., Hassler, C., Beck, F., & Peretti-Watel, P. (2000). Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999 évolution 1993-1999. *Tendances, OFDT, 6*.

Choquet, M., Pommereau, X., & Lagadic, C. (2001). *Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire*. Paris: INSERM.

Claes, M., Lacourse, E., Ercolani, A.-P., Pierro, A., Leone, L., & Presaghi, F. (2005). Parenting, Peer Orientation, Drug Use, and Antisocial Behavior in Late Adolescence: A Cross-National Study. *Journal of Youth & Adolescence, 34*(5), 401-411.

Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcohol Clin Exp Res, 12*(4), 494-505.

Cloninger, R. C., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry, 50*(12), 975-990.

Cohen-Salmon, C., Côté, S., Fourneret, P., Gasquet, I., Guedeney, A., Hamon, M., et al. (2005). Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Retrieved May, 2011, from http://www.inserm.fr/index.php/thematiques/sante-publique/expertises-collectives

Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.

Cohen Salmon, C., Côté, S., Fourneret, P., Gasquet, I., Guedeney, A., Hamon, M., et al. (2005). *Expertise collective INSERM - Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A., & Epstein, J. N. (1998). The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*(4), 257-268.

Conners, K. C. (1997). *Conners' Parent Rating Scales-Revised: Short Form (CPRS-R:S)*. NY: Multi-Health Systems, Inc.

Conrod, P. J., Pihl, R. O., Stewart, S. H., & Dongier, M. (2000). Validation of a system of classifying female substance abusers on the basis of personality and motivational risk factors for substance abuse. *Psychology of addictive behaviors, 14*(3), 243-256.

Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 139−152.

Cooper, M. L., Wood, P. K., Orcutt, H. K., & Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 390-410.

Corcos, M., Jeammet, P., & Speranza, M. (2005). *Les dépressions à l'adolescence: Modèles, clinique, traitements*. Paris: Dunod.

Cosgrove, V. E., Rhee, S. H., Gelhorn, H. L., Boeldt, D., Corley, R. C., Ehringer, M. A., et al. (2011). Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. *J Abnorm Child Psychol, 39*(1), 109-123.

Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*(8), 837-844.

Costello, E. J., & Angold, A. (1988). Scales to Assess Child and Adolescent Depression: Checklists, Screens, and Nets. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*(6), 726-737.

Côté, S., Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Zoccolillo, M., & Vitaro, F. (2002a). Childhood behavioral profiles leading to adolescent conduct disorder: risk trajectories for boys and girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41*(9), 1086-1094.

Côté, S., Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Zoccolillo, M., & Vitaro, F. (2002b). The development of impulsivity, fearfulness, and helpfulness during childhood: patterns of consistency and change in the trajectories of boys and girls. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 43*(5), 609-618.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Wolfgang, S., Samdal, O., et al. (2004). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/02 survey. *Health Policy for Children and Adolescents, WHO Regional Office for Europe, 4*.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., et al. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, . *Health Policy for Children and Adolescents, WHO Regional Office for Europe, 6*.

D'Amico, E. J., Edelen, M. O., Miles, J. N. V., & Morral, A. R. (2008). The longitudinal association between substance use and delinquency among high-risk youth. *Drug and Alcohol Dependence, 93*(1-2), 85-92.

D'Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham, E. J. t., & Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *J Clin Psychol, 54*(8), 1091-1107.

Dawe, S., Gullo, M. J., & Loxton, N. J. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: implications for substance misuse. *Addict Behav, 29*(7), 1389-1405.

De Sanctis, V. A., Trampush, J. W., Harty, S. C., Marks, D. J., Newcorn, J. H., Miller, C. J., et al. (2008). Childhood Maltreatment and Conduct Disorder: Independent Predictors of Adolescent Substance Use Disorders in Youth with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(4), 785-793.

Decloquement, C. (2010). *Le dépistage des adolescents à risque en médecine générale: Enquête qualitative menée auprès de médecins spécialisés en médecine générale et spécialisés en médecine de l'adolescent à Paris et en région parisienne entre septembre 2009 et juin 2010.* Unpublished Thèse de Doctorat en médecine, Université Paris Diderot, Paris 7.

Diamantopoulou, S., Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2011). Gender differences in the development and adult outcome of co-occurring depression and delinquency in adolescence. *J Abnorm Psychol, 120*(3), 644-655.

DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., Rigotti, N. A., McNeill, A. D., et al. (2002). Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. *Arch Pediatr Adolesc Med, 156*(4), 397-403.

Disney, E. R., Elkins, I. J., McGue, M., & Lacono, W. G. (1999). Effects of ADHD, Conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *The American journal of psychiatry, 156*(10), 1515-1521.

Doherty, E. E., Green, K. M., & Ensminger, M. E. (2008). Investigating the long-term influence of adolescent delinquency on drug use initiation. *Drug and Alcohol Dependence, 93*(1-2), 72-84.

Dom, G., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2006). Differences in impulsivity and sensation seeking between early- and late-onset alcoholics. *Addictive Behaviors, 31*(2), 298-308.

Donovan, J. E., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of consulting and clinical psychology, 53*(6), 890-904.

Donovan, J. E., Jessor, R., & Costa, F. M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: a replication. *J Consult Clin Psychol, 56*(5), 762-765.

Doreleijers, T. A. H., Moser, F., Thijs, P., Van Engeland, H., & Beyaert, F. H. L. (2000). Forensic assessment of juvenile delinquents: prevalence of psychopathology and decision-making at court in the Netherlands. *Journal of adolescence, 23*(3), 263-275.

Drabick, D. A., Ollendick, T. H., & Bubier, J. L. (2010). Co-occurrence of ODD and anxiety: shared risk processes and evidence for a dual-pathway model. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*(4), 307-318.

Dugas, M., & Bouvard, M. (1997). Inventaire de dépression chez l'enfant. Children's depression inventory. In J. D. Guelfi (Ed.), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie* (pp. 543-546). Boulogne: Éditions médicales Pierre Fabre.

Dworkin, J. (2005). Risk taking as developmentally appropriate experimentation for college students. *Journal of Adolescent Research, 20*(2), 219-241.

Eccles, J., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C., Reuman, D., Flanagan, C., et al. (1993). Development during adolescence. *American Psychologist, 48*, 90-101.

Eduscol. (2009a). Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. from http://eduscol.education.fr/cid46871/le-cesc-sa-composition-ses-missions.html

Eduscol. (2009b). Lutte contre le tabagisme. from http://eduscol.education.fr/pid23434-cid48277/actes-de-la-journee-des-referents.html

Eduscol. (2011a). Prévention de la violence en milieu scolaire. from http://eduscol.education.fr/pid23363-cid46846/agir-contre-la-violence.html

Eduscol. (2011b). Prévention des conduites addictives. from http://eduscol.education.fr/cid46870/prevention-des-conduites-addictives.html

Eftekhari, A., Turner, A. P., & Larimer, M. E. (2004). Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders. *Addict Behav, 29*(5), 1001-1008.

Elkins, L. J., Mc Gue, M., & Iacono, W. G. (2007). Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Archives of General Psychiatry, 64*(10), 1145-1152.

Ellis, W. E., & Wolfe, D. A. (2009). Understanding the association between maltreatment history and adolescent risk behavior by examining popularity motivations and peer group control. *Journal of Youth & Adolescence, 38*(9), 1253-1263.

Engels, R. C. M., & Bogt, T. (2001). Influences of risk behaviors on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of youth and adolescence, 30*(6), 675-695.

Englund, M. M., & Siebenbruner, J. (2012). Developmental pathways linking externalizing symptoms, internalizing symptoms, and academic competence to adolescent substance use. *J Adolesc, 30*, 30.

Essau, C. A. (2004). Risk-taking behaviour among german adolescents. *Journal of Youth Studies, 7*(4), 499-512.

Etter, J. F., Duc, T. V., & Perneger, T. V. (1999). Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction, 94*(2), 269-281.

Fallu, J.-S., Charron, M.-C., Brière, F. N., & Janosz, M. (2011). La consommation de substances psychoactives chez les adolescents: Effets modérateurs de l'anxiété. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*.

Faraone, S. V., Biederman, J., Weber, W., & Russell, R. L. (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(2), 185-193.

Farges, F., Farges, S., & Angel, P. (2001). Toxicomanies et conduites d'alcoolisations chez l'adolescent. In P. Ferrari (Ed.), *Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 303-309). Paris: Flammarion.

Farrell, A. D., Danish, S. J., & Howard, C. W. (1992). Relationship between drug use and other problem behaviors in urban adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology, 60*(5), 705-712.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction (Abingdon. Print), 97*(9), 1123-1135.

Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1997). Attentional difficulties in middle childhood and psychosocial outcomes in young adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines 38*(6), 633-644.

Fernandez, L., Bonnet, A., Teyssier, M. F., Apter, M., Pedinielli, J. L., & Sztulman, H. (2004). Tabagisme et états métamotivationnels chez des adolescents lycéens. *Psychotropes, 10*, 19-46.

Finn, K. V. (2006). Patterns of Alcohol and Marijuana Use at School. *Journal of Research on Adolescence, 16*(1), 69-77.

Flay, B. R., Petraitis, J., & Hu, F. B. (1999). Psychosocial risk and protective factors for adolescent tobacco use. *Nicotine Tob Res, 1*(1), S59-65.

Fleming, C. B., Mason, W. A., Mazza, J. J., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2008). Latent Growth Modeling of the Relationship Between Depressive Symptoms and Substance Use During Adolescence. *Psychology of addictive behaviors, 22*(2), 186-197.

Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2004). Early adolescent through young adult alcohol and marijuana use trajectories: early predictors, young adult outcomes, and predictive utility. *Dev Psychopathol, 16*(1), 193-213.

Flory, K., & Lynam, D. R. (2003). The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: what role does conduct disorder play? *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*(1), 1-16.

Ford, J. A. (2005). Substance use, the social bond, and delinquency. *Sociological inquiry, 75*(1), 109-128.

French, D. C., & Dishion, T. J. (2003). Predictors of early initiation of sexual intercourse among high-risk adolescents. *The Journal of Early Adolescence, 23*(3), 295-315.

Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M. A. G., et al. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review, 13*(4), 319-340.

Galéra, C., Bouvard, M. P., Messiah, A., & Fombonne, E. (2008). Hyperactivity-inattention symptoms in childhood and substance use in adolescence: The youth gazel cohort. *Drug and Alcohol Dependence, 94*(1), 30-37.

Galéra, C., Fombonne, E., Chastang, J.-F. o., & Bouvard, M. (2005). Childhood hyperactivity-inattention symptoms and smoking in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence, 78*(1), 101-108.

Garcia, K., Lopez, S., Da Costa, J., & Lobo, M. (2008). Antisocial behavior and alcohol consumption by school adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*(2), 299-305.

Gardner, T. W., Dishion, T. J., & Connell, A. M. (2008). Adolescent self-regulation as resilience: Resistance to antisocial behavior within the deviant peer context. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(2), 273-284.

Ge, X., Best K, M., Conger R, D., & Simons R, L. (1996). Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of adolescent depressive symptoms and conduct problems. *Developmental psychology, 32*(4), 717-731.

Gendron, M., Royer, E., Potvin, P., & Betrand, R. (2003). Troubles du comportement, compétence sociale et pratique d'activités physiques chez les adolescents: Enjeux et

perspectives d'intervention. *Revue de psychoéducation et d'orientation, 32*(2), 349-372.

George, S. M., Connor, J. P., Gullo, M. J., & Young, R. M. (2010). A prospective study of personality features predictive of early adolescent alcohol misuse. *Personality and Individual Differences, 49*(3), 204-209.

Gimenez, C., Corrado, R., Blatier, C., & Cohen, I. (2007). Qualité des relations intimes et représentation des probabilités de récidive. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 55*(4), 226-231.

Goldstein, P. J. (1985). The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues, 15*, 493-506.

Gordon, M. S., Kinlock, T. W., & Battjes, R. J. (2004). Correlates of early substance use and crime among adolescents entering outpatient substance abuse treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse, 30*(1), 39-59.

Gordon, S. M., Tulak, F., & Troncale, J. (2004). Prevalence and Characteristics of Adolescent Patients with Co-Occurring ADHD and Substance Dependence. *Journal of Addictive Diseases, 23*(4), 31-40.

Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford: CA: Stanford University Press.

Goyette, C. H., Conners, C. K., & Ulrich, R. F. (1978). Normative data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6*(2), 221-236.

Gresham, F. M. (1998). Social Skills Training: Should We Raze, Remodel, or Rebuild? *Behavioral Disorders, 24*(1), 19-25.

Grilo, C. M., Becker, D. F., Fehon, D. C., & Edell, W. S. (1996). Conduct disorder, substance use disorders, and coexisting conduct and substance use disorders in adolescent inpatients. *American Journal of Psychiatry, 153*(7), 914-920.

Guelfi, J.-D., & Crocq, M.-A. (2004). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4 Ed.)*. Paris Masson.

Guilamo-Ramos, V., Litardo, H. A., & Jaccard, J. (2005). Prevention programs for reducing adolescent problem behaviors: Implications of the co-occurrence of problem behaviors in adolescence. *Journal of adolescent health, 36*(1), 82-86.

Guilbert, P., Baudier, F., Gautier, A., Goubert, A. C., Arwidson, P., & Janvrin, M. P. (2001). *Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode*. Vanves: INPES.

Gullo, M. J., & Dawe, S. (2008). Impulsivity and adolescent substance use: rashly dismissed as "all-bad"? *Neurosci Biobehav Rev, 32*(8), 1507-1518.

Gullone, E., & Moore, S. (2000). Adolescent risk-taking and the Five-Factor Model of personality. *Journal of adolescence, 23*(4), 393-407.

Gunnarsson, M., Gustavsson, J. P., Tengström, A., Franck, J., & Fahlke, C. (2008). Personality traits and their associations with substance use among adolescents. *Personality and Individual Differences, 45*(5), 356-360.

Gurley, R. J., Aranow, R., & Katz, M. (1998). Medicinal marijuana: A comprehensive review. *Journal of Psychoactive Drugs, 30*, 137-147.

Guxens, M., Nebot, M., & Ariza, C. (2007). Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. *Drug Alcohol Depend, 88*(2-3), 234-243.

Haapasalo, J., & Hamalainen, T. (1996). Childhood family problems and current psychiatric problems among young violent and property offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(10), 1394-1401.

Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol, 107*(1), 128-140.

Harcourt, H. (2009). A. Biglan, P.A. Brennan, S.L. Foster, and H.D. Holder, Helping Adolescents at Risk: Prevention of Multiple Problem Behaviors. *Child & Adolescent Social Work Journal, 26*(3), 279-281.

Hare, R. D., Hart, S. D., & Harpur, T. J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 391-398.

Harrison, L., & Gfroerer, J. (1992). The intersection of drug use and criminal behavior: results from the National Household Survey on drug bbuse. *Crime & Delinquency, 38*(4), 422-443.

Hasking, P. A. (2007). Reinforcement sensitivity, coping, and delinquent behaviour in adolescents. *J Adolesc, 30*(5), 739-749.

Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Jamrozik, K., Al Mamun, A., Bor, W., & Alati, R. (2008). Adolescent problem behaviours predicting DSM-IV diagnoses of multiple substance use disorder : findings of a prospective birth cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology 43*(5), 356-363.

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict, 86*(9), 1119-1127.

Heimer, K. (1996). Gender, interaction, and delinquency : Testing a theory of differential social control. *Social psychology quarterly, 59*(1), 39-61.

Henry, K. L., Thornberry, T. P., & Huizinga, D. H. (2009). A discrete-time survival analysis of the relationship between truancy and the onset of Marijuana Use. *Journal of studies on alcohol and drugs, 70*(1), 5-15.

Hien, D. A., & Miele, G. M. (2003). Emotion-focused coping as a mediator of maternal cocaine abuse and antisocial behavior. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*(1), 49-55.

Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents. *The Journal of Early Adolescence, 28*(3), 455-469.

Hinshaw, S. P., Simmel, C., & Heller, T. L. (1995). Multimethod assessment of covert antisocial behavior in children : laboratory observations, adult ratings, and child self-report. *Psychological assessment, 7*(2), 209-219.

Hiramura, H., Uji, M., Shikai, N., Chen, Z., Matsuoka, N., & Kitamura, T. (2010). Understanding externalizing behavior from children's personality and parenting characteristics. *Psychiatry Res, 175*(1-2), 142-147.

Hirschi, T., & Gottfredson, M. (1983). Age and the explanation of crime. *American Journal of Sociology, 89*(3), 552-584.

Hirschi, T., & Gottfredson, M. R. (1995). Control theory and the lifecourse perspective. *Studies on Crime & Crime Prevention, 4*, 131-142.

Hittner, J. B., & Swickert, R. (2006). Sensation seeking and alcohol use : A meta-analytic review. *Addictive Behaviors, 31*(8), 1383-1401.

Hodgins, S., Barbareschi, G., & Larsson, A. (2011). Adolescents with conduct disorder: does anxiety make a difference? *The Journal of forensic psychiatry & psychology, 22*(5), 669-691.

Hofmann, S. G., Richey, J. A., Kashdan, T. B., & Mcknight, P. E. (2009). Anxiety disorders moderate the association between externalizing problems and substance use disorders : Data from the National Comorbidity Survey-Revised. *Journal of anxiety disorders, 23*(4), 529-534.

Hollander, H. E., & Turner, F. D. (1985). Characteristics of incarcerated delinquents: relationship between development disorders, environmental and family factors, and patterns of offense and recidivism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24*(2), 221-226.

Horner, B. R., & Scheibe, K. E. (1997). Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(1), 30-36.

Hosmer, D., & Lemeshow, S. (1989). *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.

Hovens, J. G., Cantwell, D. P., & Kiriakos, R. (1994). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 33*(4), 476-483.

Huang, B., White, H. R., Kosterman, R., Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (2001). Developmental associations between alcohol and interpersonal aggression during adolescence. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 38*(1), 64-83.

Hunt, G., Evans, K., & Kares, F. (2007). Drug use and meanings of risk and pleasure. *Journal of Youth Studies, 10*(1), 73-96.

Iacono, W. G., Carlson, S. R., Taylor, J., Elkins, I. J., & McGue, M. (1999). Behavioral disinhibition and the development of substance-use disorders: findings from the Minnesota Twin Family Study. *Dev Psychopathol, 11*(4), 869-900.

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, & Mission Interministerielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanie. (2007). Drogues et dépendance. Retrieved May, 2011, from http://www.drogues-dependance.fr/

Institut Pacifique. (2006). Présentation du programme Vers le pacifique au préscolaire 5 ans et au primaire. from http://www.institutpacifique.com/programmes-et-services-en-resolution-de-conflits/programmes-vers-le-pacifique-et-differents-mas-pas-indifferents/programme-vers-le-pacifique-au-prescolaire-et-au-primaire/#presentationgenerale5

Jaffee, W. B., & D'Zurilla, T. J. (2009). Personality, problem solving, and adolescent substance use. *Behav Ther, 40*(1), 93-101.

Jang, K. L., Vernon, P. A., & Livesley, W. J. (2000). Personality disorder traits, family environment, and alcohol misuse: a multivariate behavioural genetic analysis. *Addiction, 95*(6), 873-888.

Janusis, G. M., & Weyandt, L. L. (2010). An Exploratory Study of Substance Use and Misuse Among College Students With and Without ADHD and Other Disabilities. *Journal of Attention Disorders, 14*(3), 205-215.

Jeammet, P. (1999). La dépression chez l'adolescent. In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Eds.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 1477-1499). Paris: PUF, Quadrige.

Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B., et al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study : Comparing comorbid subgroups : ADHD comorbidity and treatment outcomes in the MTA. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(2), 147-158.

Jesness, C. F. (1988). Jesness Inventory Classification System. *Criminal Justice & Behavior, 15*(1), 78-91.

Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Developmental Review, 12*(4), 374-390.

Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychogical development: A longitudinal study ol youth*. San Diego, CA: Academic Press.

Jester, J. M., Nigg, J. T., Adams, K., Fitzgerald, H. E., Puttler, L. I., Wong, M. M., et al. (2005). Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: Heterogeneity of trajectories and differential influence of family environment characteristics. *Development and Psychopathology, 17*(1), 99-125.

Jester, J. M., Nigg, J. T., Buu, A., Puttler, L. I., Glass, J. M., Heitzeg, M. M., et al. (2008). Trajectories of Childhood Aggression and Inattention/Hyperactivity: Differential Effects on Substance Abuse in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(10), 1158-1165.

Johnson, V., & Pandina, R. J. (1993). A longitudinal examination of the relationships among stress, coping strategies, and problems associated with alcohol use. *Alcohol Clin Exp Res, 17*(3), 696-702.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2007). Monitoring the Future: national results on adolescent drug use. Overview of key findings, 2006. Retrieved April, 2010, from http://ncadistore.samhsa.gov/catalogNIDA/.

Kandel, D. B., Johnson, J. G., Bird, H. R., Weissman, M. M., Goodman, S. H., Lahey, B. B., et al. (1999). Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders : Findings from the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(6), 693-699.

Kandel, D. B., Yamaguchi, K., & Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *J Stud Alcohol, 53*(5), 447-457.

Karila, L., Coscas, S., Benyamina, A., & Reynaud, M. (2007). Consommations pathologiques d'alcool à l'adolescence. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 37*, 216-250.

Karila, L., Legleye, S., Donnadieu, S., Beck, F., Corruble, E., & Reynaud, M. (2004). Consommations nocives de produits psychoactifs à l'adolescence : Résultats préliminaires de l'étude ADOTECNO. *Alcoologie et addictologie, 26*(2), 99-109.

Karwautz, A., Resch, F., Wober-Bingol, C., & Schuch, B. (2008). Self-mutilation in adolescence as addictive behaviour. *Wiener Klinische Wochenschrift, 108*(3), 82-84.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36*(7), 980-988.

Keenan, K., & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychol Bull, 121*(1), 95-113.

Kelder, S. H., Murray, N. G., Orpinas, P., Prokhorov, A., McReynolds, L., Zhang, Q., et al. (2001). Depression and Substance Use in Minority Middle-School Students. *American Journal of Public Health, 91*(5), 761-766.

Kelly, T. H., Robbins, G., Martin, C. A., Fillmore, M. T., Lane, S. D., Harrington, N. G., et al. (2006). Individual differences in drug abuse vulnerability : d-Amphetamine and sensation-seeking status. *Psychopharmacologia, 189*(1), 17-25.

King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C., & Harel, Y. (1996). The Health of Youth: A cross-national survey. *WHO Regional Publications, European Series 69*.

King, S. M., Iacono, W. G., & Mc Gue, M. (2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction (Abingdon. Print), 99*(12), 1548-1559.

King, S. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. [Article]. *Addiction, 99*(12), 1548-1559.

Klein, R. G., & Mannuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children : a review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*(3), 383-387.

Kmett Danielson, C., Overholser, J. C., & Butt, Z. A. (2003). Association of substance abuse and depression among adolescent psychiatric inpatients. *Canadian journal of psychiatry, 48*(11), 762-765.

Kochanska, G., Murray, K. T., & Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Dev Psychol, 36*(2), 220-232.

Kofler, M. J., McCart, M. R., Zajac, K., Ruggiero, K. J., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2011). Depression and delinquency covariation in an accelerated longitudinal sample of adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(4), 458-469.

Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., & Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence : A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence, 86*(1), 67-74.

Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). An empirical clinical approach toward definition of childhood depression. In J. G. Schulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood : Diagnosis, treatment and conceptual models* (pp. 1-25). New York: Raven Press.

Krank, M., Stewart, S. H., Connor, R. O., Woicik, P. B., Wall, A.-M., & Conrod, P. J. (2011). Structural, concurrent, and predictive validity of the Substance Use Risk Profile Scale in early adolescence. *Addictive Behaviors, 36*(1-2), 37-46.

Krueger, R. F. (1999a). Personality traits in late adolescence predict mental disorders in early adulthood: a prospective-epidemiological study. *J Pers, 67*(1), 39-65.

Krueger, R. F. (1999b). The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry, 56*(10), 921-926.

Kumpulainen, K. (2000). Psychiatric symptoms and deviance in early adolescence predict heavy alcohol use 3 years later. *Addiction, 95*(12), 1847-1857.

Kuo, P.-H., Chih, Y.-C., Soong, W.-T., Yang, H.-J., & Chen, W. J. (2004). Assessing Personality features and their relations with behavioral problems in adolescents: Tridimensional Personality questionnaire and Junior Eysenck Personality questionnaire. *Comprehensive psychiatry, 45*(1), 20-28.

Labouvie, E. W. (1986). Alcohol and marijuana use in relation to adolescent stress. *Int J Addict, 21*(3), 333-345.

Lahey, B. B., Goodman, S. H., Waldman, I. D., Bird, H., Canino, G., Jensen, P., et al. (1999). Relation of age of onset to the type and severity of child and adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*(4), 247-260.

Lahey, B. B., Loeber, R., Burke, J., Rathouz, P. J., & Mcburnett, K. (2002). Waxing and waning in concert: Dynamic comorbidity of conduct disorder with other disruptive and emotional problems over 7 years among clinic-referred boys. *Journal of abnormal psychology (1965), 111*(4), 556-567.

Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S. S., et al. (2004). Three-year Predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *The American journal of psychiatry, 161*(11), 2014-2020.

Lansford, J. E., Erath, S., Tianyi, Y. U., Pettit, G. S., Dodge, K. A., & Bates, J. E. (2008). The developmental course of illicit substance use from age 12 to 22 : links with depressive, anxiety, and behavior disorders at age 18. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines 49*(8), 877-885.

Larm, P., Hodgins, S., Larsson, A., Samuelson, Y. M., & Tengstrom, A. (2008). Long-term outcomes of adolescents treated for substance misuse. *Drug Alcohol Depend, 96*(1-2), 79-89.

Larson, R. W., Raffaelli, M., Richards, M. H., Ham, M., & Jewell, L. (1990). Ecology of depression in late childhood and early adolescence: a profile of daily states and activities. *J Abnorm Psychol, 99*(1), 92-102.

Latzman, R. D., & Swisher, R. R. (2005). The interactive relationship among adolescent violence, street violence, and depression. *Journal of Community Psychology, 33*(3), 355-371.

Laukkanen, E., Rissanen, M.-L., Honkalampi, K., Kylmä, J., Tolmunen, T., & Hintikka, J. (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*(1), 23-28.

Laurent, J., Catanzaro S, J., & Callan M, K. (1997). Stress, alcohol-related expectancies and coping preferences : A replication with adolescents of the Cooper et al. (1992) model. *Journal of studies on alcohol, 58*(6), 644-651.

Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the "Whats" and "Whys" of self-harm. *Journal of youth and adolescence, 34*(5), 447-457.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York Springer.

Le Blanc, M., & Bouthillier, C. (2003). A developmental test of the general deviance syndrome with adjudicated girls and boys using hierarchical confirmatory factor analysis. *Criminal Behaviour and Mental Health, 13*(2), 81-105.

Lee, S. S., & Hinshaw, S. P. (2004). Severity of adolescent delinquency among boys with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder: predictions from early antisocial behavior and peer status. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 33*(4), 705-716.

Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 328-341.

Legleye, S., Spilka, S., Le Nézet, O., Hassler, C., & Choquet, M. (2009). Alcool, tabac et cannabis à 16 ans - Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2007. *Tendances, OFDT, 64*.

Legleye, S., Spilka, S., Le Nézet, O., & Laffiteau, C. (2009). Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. *Tendances, OFDT, 66*.

Legleye, S., Spilka, S., Nézet, O. L., Beck, F., & Godeau, E. (2008). Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence - Résultats du volet français de l'enquête HBSC 2006. *Tendances, OFDT, 59*.

Leventhal, A. M., Waters, A. J., Boyd, S., Moolchan, E. T., Heishman, S. J., Lerman, C., et al. (2007). Associations between Cloninger's temperament dimensions and acute tobacco withdrawal. *Addictive Behaviors, 32*(12), 2976-2989.

Levinson, D., & Christensen, K. (1999). *Encyclopaedia of world sport*. New York: Oxford university press.

Li-Shiun, C., Johnson, E. O., Breslau, N., Hatsukami, D., Saccone, N. L., Grucza, R. A., et al. (2009). Interplay of genetic risk factors and parent monitoring in risk for nicotine dependence. *Addiction, 104*(10), 1731-1740.

Li, J. J., & Lee, S. S. (2010). Latent class analysis of antisocial behavior: interaction of serotonin transporter genotype and maltreatment. *J Abnorm Child Psychol, 38*(6), 789-801.

Li, Y., Zhang, W., Liu, J., Arbeit, M. R., Schwartz, S. J., Bowers, E. P., et al. (2011). The role of school engagement in preventing adolescent delinquency and substance use: a survival analysis. *J Adolesc, 34*(6), 1181-1192.

Libby, A. M., Orton, H. D., Stover, S. K., & Riggs, P. D. (2005). What came first, major depression or substance use disorder? Clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. *Addictive Behaviors, 30*(9), 1649-1662.

Loeber, R., & Burke, J. D. (2011). Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *Journal of Research on Adolescence, 21*(1), 34-46.

Loeber, R., & Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology, 12*(4), 737-762.

Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B., Frick, P. J., & McBurnett, K. (2000). Findings on disruptive behavior disorders from the first decade of the developmental trends study. *Clinical Child and Family Psychology Review, 3*(1), 37-60.

Loeber, R., & Schmaling, K. B. (1985). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: A metaanalysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 13*(2), 337-353.

Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W. B., et al. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology, 5*(1-2), 103-133.

Low, N. C., Lee, S. S., Johnson, J. G., Williams, J. B., & Harris, E. S. (2008). The association between anxiety and alcohol versus cannabis abuse disorders among adolescents in primary care settings. *Family Practice, 25*(5), 321-327.

Lubman, D. I., Allen, N. B., Rogers, N., Cementon, E., & Bonomo, Y. (2007). The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *Journal of Affective Disorders, 103*(1–3), 105-112.

Lynn, D. E., Lubke, G., Yang, M., James T. McCracken, James J. McGough, Janeen Ishii, et al. (2005). Temperament and Character Profiles and the Dopamine D4 Receptor Gene in ADHD. *Am J Psychiatry 162,* 906-913.

MacMahon, J. R., & Gross, R. T. (1988). Physical and psychological effects of aerobic exercise in delinquent adolescent males. *Am J Dis Child, 142*(12), 1361-1366.

Macnab, A. J., Deevska, M., Gagnon, F., Cannon, W. G., & Andrew, T. (2009). Asphyxial games or "the Choking Game": A potentially fatal risk behaviour. *Injury Prevention, 15,* 45-49.

Magid, V., Colder, C. R., Stroud, L. R., Nichter, M., & Nichter, M. (2009). Negative affect, stress, and smoking in college students: Unique associations independent of alcohol and marijuana use. *Addictive Behaviors, 34*(11), 973-975.

Magid, V., Maclean, M. G., & Colder, C. R. (2007). Differentiating between sensation seeking and impulsivity through their mediated relations with alcohol use and problems. *Addictive Behaviors, 32*(10), 2046-2061.

Mallet, P., & Vignoli, E. (2007). Intensity seeking and novelty seeking : Their relationship to adolescent risk behavior and occupational interests. *Personality and Individual Differences, 43*(8), 2011-2021.

Malone, P. S., Van Eck, K., Flory, K., & Lamis, D. A. (2010). A Mixture-Model Approach to Linking ADHD to Adolescent Onset of Illicit Drug Use. *Developmental psychology, 46*(6), 1543-1555.

Maltz, M. D. (1994). Deviating from the mean: The declining significance of significance. . *Journal of Research in Crime and Delinquency, 31*(434-463).

Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L. (2002). Young adult outcome of children with situational hyperactivity: A prospective, controlled follow-up study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(2), 191-198.

Mantzouranis, G., & Zimmermann, G. (2010). Prendre des risques, ça rapporte ? Conduites à risques et perception des risques chez des adolescents tout-venant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 58*(8), 488-494.

Marcelli, D., & Braconnier, A. (1999). *Adolecsence et psychopathologie* (Vol. 5). Paris: Masson.

Marcelli, D., & Braconnier, A. (2004). *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Masson.

Marmorstein, N. R. (2012). Anxiety disorders and substance use disorders: Different associations by anxiety disorder *Journal of anxiety disorders, 26*(1), 88-94.

Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., & Malone, S. M. (2010). Longitudinal associations between depression and substance dependence from adolescence through early adulthood. *Drug and Alcohol Dependence, 107*(2-3), 154-160.

Marmorstein, N. R., Raskin White, H., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2010). Anxiety as a Predictor of Age at First Use of Substances and Progression to Substance Use Problems Among Boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*(2), 211-224.

Marsee, M., Weems, C., & Taylor, L. (2008). Exploring the Association between Aggression and Anxiety in Youth: A Look at Aggressive Subtypes, Gender, and Social Cognition. [Article]. *Journal of Child & Family Studies, 17*(1), 154-168.

Marshal, M. P., Molina, B. S. G., & Pelham, W. E. J. (2003). Childhood ADHD and Adolescent Substance Use: An Examination of Deviant Peer Group Affiliation as a Risk Factor. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*(4), 293-302.

Martino, S. C., Ellickson, P. L., & McCaffrey, D. F. (2008). Developmental trajectories of substance use from early to late adolescence: a comparison of rural and urban youth. *J Stud Alcohol Drugs, 69*(3), 430-440.

Mason, W. A., Hitchings, J. E., & Spoth, R. L. (2007). Emergence of delinquency and depressed mood throughout adolescence as predictors of late adolescent problem substance use. *Psychology of addictive behaviors, 21*(1), 13-24.

Mason, W. A., & Windle, M. (2002). Reciprocal relations between adolescent substance use and delinquency: A longitudinal latent variable analysis. *Journal of abnormal psychology (1965), 111*(1), 63-76.

Massé, L. (1999). Facteurs influençant l'efficacité des programmes d'interventions cognitives-comportementales en milieu scolair. *Revue canadienne de psycho-éducation, 28*(2), 199-211.

Masse, L. C., & Tremblay, R. E. (1997). Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Archives of General Psychiatry, 54*(1), 62-68.

Massoglia, M. (2006). Desistance or displacement? The changing patterns of offending from adolescence to young adulthood. *Journal of Quantitative Criminology, 22*(3), 215-239.

Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry, 131*(10), 1121-1123.

Mc Ardle, P., O'Brien, G., & Kolvin, I. (1995). Hyperactivity: Prevalence and relationship with conduct Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*(2), 279-303.

Mc Gue, M., Iacono, W. G., & Krueger, R. (2006). The association of early adolescent problem behavior and adult psychopathology : A multivariate behavioral genetic perspective. *Behavior genetics, 36*(4), 591-602.

McCarty, C. A., Rhew, I. C., Murowchick, E., McCauley, E., & Vander Stoep, A. (2012). Emotional health predictors of substance use initiation during middle school. *Psychology of addictive behaviors, 26*(2), 351-357.

McGee, L., & Newcomb, M. D. (1992). General deviance syndrome : expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescence to adulthood. *Journal of consulting and clinical psychology, 60*(5), 766-776.

Michel, G. (2001). *La prise de risque a` l'adolescence. Pratique sportive et usage de substances psychoactives*. Paris: Masson.

Michel, G. (2006). Les jeux dangereux et violents chez l'enfant et l'adolescent : l'exemple des jeux d'agression et de non-oxygénation. *Journal de pédiatrie et de puériculture, 19*, 304-312.

Michel, G. (2009). Jeux dangereux et violents. *La revue du pratcien médecine générale, 23*.

Michel, G., Berquin, P., Bernadet, S., Debarbieux, É., Purper-Ouakil, D., & Saizou, C. (2010). *Jeux dangereux et pratiques violentes*. Retrieved from http://media.education.gouv.fr/file/51/6/5516.pdf.

Michel, G., & Purper-Ouakil, D. (2006). *Personnalité et développement: du normal au pathologique*. Paris: Dunod.

Michel, G., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Simeoni, M.-C. (2006). Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 54*(1), 62-76.

Michel, G., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Siméoni, M. C. (2002). Prises de risque chez les jeunes. Les conduites dangereuses en véhicules motorisés. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 50*(8), 583-589.

Miller, J. D., & Lynam, D. (2001). Structural models of personality and their relation to antisocial behavior: a meta-analytic review. *Criminology, 39*(4), 765-798.

Millstein, S. G., & Halpern-Felsher, B. L. (2002). Perceptions of risk and vulnerability. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 31*(1), 10-27.

Moffat, B. M., Johnson, J. L., & Shoveller, J. A. (2009). A gateway to nature : Teenagers' narratives on smoking marijuana outdoors. *Journal of environmental psychology, 29*(1), 86-94.

Moffit, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review, 100*(4), 674-701.

Moffit, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology, 13*(2), 355-375.

Moffit, T. E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. (2001). *Sex differences in antisocial behavior*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life course-persistent antisocial behavior. A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100*, 673-701.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology, 14*(01), 179-207.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. A. (2001). *Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Molero Samuelson, Y., Hodgins, S., Larsson, A., Larm, P., & Tengstöm, A. (2010). Adolescent antisocial behavior as predictor of adverse outcomes to age 50: A follow-up study of 1,947 individuals. *Criminal Justice and Behavior, 37*(2), 158-174.

Molina, B. S. G., Flory, K., Hinshaw, S. P., Greiner, A. R., Arnold, L. E., Swanson, J. M., et al. (2007). Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: Prevalence, course, and treatment effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(8), 1028-1040.

Molina, B. S. G., & Pelham, W. E. J. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(3), 497-507.

Molina, I., Bowie, S. L., Dulmus, C. N., & Sowers, K. M. (2004). School-Based Violence Prevention Programs A Review of Selected Programs with Empirical Evidence. [Article]. *Journal of Evidence-Based Social Work, 1*(2/3), 175.

Moor, L., Mack, C. (1982). Version française d'échelles d'évaluation de la dépression. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 30*, 623-626.

Morel, A., & Reynaud, M. (2000). Les modalités de consommation à risques. In M. Reynaud (Ed.), *Usage nocif de substance psychoactive*. Paris: La Documentation Française.

Moretti, M. M., Fine, S., Haley, G., & Marriage, K. (1985). Childhood and adolescent depression: child-report versus parent-report information. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24*(3), 298-302.

Morissette, S. B., Tull, M. T., Gulliver, S. B., Kamholz, B. W., & Zimering, R. T. (2007). Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. *Psychol Bull, 133*(2), 245-272.

Morris, E. P., Stewart, S. H., & Ham, L. S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: a critical review. *Clin Psychol Rev, 25*(6), 734-760.

Moss, H. B., & Lynch, K. G. (2001). Comorbid disruptive behavior disorder symptoms and their relationship to adolescent alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 64*(1), 75-83.

Mouren-Siméoni, M.-C. (2002). *Kiddie-Sads - version vie entière - 6-18 ans (K-SADS-P/L)*. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An Investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*(1), 12-23.

Murphy, K. R., Barkley, R. A., & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *The Journal of nervous and mental disease, 190*(3), 147-157.

Nagin, D., & Tremblay, R. E. (1999). Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development, 70*(5), 1181-1196.

Nash, S. G., McQueen, A., & Bray, J. H. (2005). Pathways to adolescent alcohol use: Family environment, peer influence, and parental expectations. *Journal of Adolescent Health, 37*(1), 19-28.

Nebbitt, V., & Lombe, M. (2008). Assessing the Moderating Effects of Depressive Symptoms on Antisocial Behavior among Urban Youth in Public Housing. [Article]. *Child & Adolescent Social Work Journal, 25*(5), 409-424.

Neighbors, B., Kempton, T., & Forehand, R. (1992). Co-occurence of substance abuse with conduct, anxiety, and depression disorders in, juvenile delinquents. *Addictive Behaviors, 17*(4), 379-386.

Norwalk, K., Norvilitis, J. M., & MacLean, M. G. (2008). ADHD Symptomatology and Its Relationship to Factors Associated With College Adjustment. *Journal of Attention Disorders*.

Nuttin , J. (1968). *La Structure de la Personnalité*. Paris: PUF.

O'Connor, R. C., Rasmussen, S., Miles, J., & Hawton, K. (2009). Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *The British Journal of Psychiatry, 194*(1), 68-72.

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. (2011a). Glossaire: Expérimentation. Retrieved May, 2011, from http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/glossaire-tab/gl-eh.html

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. (2011b). Gossaire. Usage. Retrieved May, 2011, from http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/glossaire-tab/gl-ru.html

Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *Psychological Bulletin, 86*(4), 852-875.

Osgood, D. W., & et al. (1988). The generality of deviance in late adolescence and early adulthood. *American Sociological Review, 53*(1), 81-93.

Pardo, Y., Aguilar, R., Molinuevo, B., & Torrubia, R. (2007). Alcohol use as a behavioural sign of disinhibition : Evidence from J.A. Gray's model of personality. *Addictive Behaviors, 32*(10), 2398-2403.

Parker, R. N., & Auerhahn, K. (1998). Alcohol, drugs, and violence. *Annual Review of Sociology, 24*(1), 291-311.

Patterson, G. R., Degarmo, D. S., & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology, 12*(01), 91-106.

Pedersen, W., Mastekaasa, A., & Wichstrom, L. (2001). Conduct problems and early cannabis initiation: a longitudinal study of gender differences. *Addiction, 96*(3), 415-431.

Pederson, L. L., Koval, J. J., & O'Connor, K. (1997). Are psychosocial factors related to smoking in grade-6 students? *Addict Behav, 22*(2), 169-181.

Perez, A., Ariza, C., Sanchez-Martinez, F., & Nebot, M. (2010). Cannabis consumption initiation among adolescents: a longitudinal study. *Addict Behav, 35*(2), 129-134.

Portzky, G., Audenaert, K., & Van Heeringen, K. (2005). Suicide among adolescents : A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology 40*(11), 922-930.

Potter, C. C., & Jenson, J. M. (2003). Cluster Profiles Of Multiple Problem Youth. *Criminal Justice and Behavior, 30*(2), 230-250.

Price, J. M., & Lento, J. (2001). The nature of child and adolescent vulnerability : History and definitions. In J. E. Ingram & J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (pp. 20-38). New York Guilford.

Puig-Antich, J., Chambers, W. (1978). *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie-SADS)*. New York: New York State Psychiatric Institute.

Purper-Ouakil D, Cortese S, Wohl M, Aubron V, Michel G, Asch M, et al. (2010). Temperament and character dimensions associated with clinical characteristics and treatment outcome in ADHD boys. *Comprehensive Psychiatry 51*(3), 286-292.

Quiggle, N. L., Garber, J., Panak, W. F., & Dodge, K. A. (1992). Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Development, 63*(6), 1305-1320.

Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, J., Hoyle, R. H., & Swartzwelder, H. S. (2008). Adjustment to College in Students With ADHD. *Journal of Attention Disorders, 11*(6), 689-699.

Racz, S., McMahon, R., & Luthar, S. (2011). Risky behavior in affluent youth: examining the co-occurrence and consequences of multiple problem behaviors. *Journal of Child and Family Studies, 20*(1), 120-128.

Ramaekers, J. G., Berghaus, G., Van Laar, M., & Drummer, O. H. (2004). Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug and Alcohol Dependance, 73*(2), 109-119.

Rao, U., Ryan, N. D., Dahl, R. E., Birmaher, B., Rao, R., Williamson, D. E., et al. (1999). Factors associated with the development of substance use disorder in depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38*(9), 1109-1117.

Reboussin, B. A., Hubbard, S., & Ialongo, N. S. (2007). Marijuana use patterns among African-American middle-school students : A longitudinal latent class regression analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 90*(1), 12-24.

Reinke, W. M., Herman, K. C., Petras, H., & Ialongo, N. S. (2008). Empirically Derived Subtypes of Child Academic and Behavior Problems : Co-Occurrence and Distal Outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(5), 759-770.

Reise, S. P., & Gomel, J. N. (1995). Modeling Qualitative Variation within Latent Trait Dimensions: Application of Mixed-Measurement to Personality Assessment. *Multivariate Behavioral Research, 30*(3), 341-358.

Repetto, P. B., Zimmerman, M. A., & Caldwell, C. H. (2004). A longitudinal study of the relationship between depressive symptoms and alcohol use in a sample of inner-city black youth. *J Stud Alcohol, 65*(2), 169-178.

Reyna, V. F., & Farley, F. (2006). Risk and rationality in adolescent decision making. *Psychological Science in the Public Interest, 7*(1), 1-44.

Reynaud, M., Parquet, J. P., & Lagrue, G. (2000). *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris: Odile Jacob.

Richard, R., Barbara, M., Andrew, P., Jane, C. E., & Adrian, A. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines 43*(3), 365-373.

Richardson, T. (2009). A Review of the relationship between cannabis use and affective disorders. *The Undergraduate Research Journal for the Human Sciences, 8*.

Riggs, P. D., & Jellinek, M. S. (1998). Clinical Approach to Treatment of ADHD in Adolescents With Substance Use Disorders and Conduct Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(3), 331-332.

Rigozzi, C., & Rossier, J. (2004). Validation d'une version abrégée du TCI (TCI-56) sur un échantillon de jeunes fumeurs et non-fumeurs. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 162*(7), 541-548.

Ritakallio, M., Kaltiala-Heino, R., Kivivuori, J., Luukkaala, T., & Rimpela, M. (2006). Delinquency and the profile of offences among depressed and non-depressed adolescents. *Crim Behav Ment Health, 16*(2), 100-110.

Ritakallio, M., Koivisto, A.-M., Von Der Pahlen, B., Pelkonen, M., Marttunen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2008). Continuity, comorbidity and longitudinal associations between depression and antisocial behaviour in middle adolescence : A 2-year prospective follow-up study. *Journal of adolescence, 31*(3), 355-370.

Roberts, R. E., Roberts, C. R., Xing, Y., Anthony, J. C., & Costello, E. J. (2007). Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents : Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence, 88*.

Rogosch, F. A., Oshri, A., & Cicchetti, D. (2010). From child maltreatment to adolescent cannabis abuse and dependence: a developmental cascade model. *Dev Psychopathol, 22*(4), 883-897.

Rohde, P., Jorgensen, J. S., Seeley, J. R., & Mace, D. E. (2004). Pilot evaluation of the Coping Course: a cognitive-behavioral intervention to enhance coping skills in incarcerated youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43*(6), 669-676.

Rohde, P., Lewinsohn P, M., & Seeley J, R. (1991). Comorbidity of unipolar depression. II : Comorbidity with order mental disorders in adolescents and adults. *Journal of abnormal psychology 100*(2), 214-222.

Ross, S., & Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of youth and adolescence, 31*(1), 67-77.

Roura, C., & Chabrol, H. (2004). Symptômes de tolérance, de sevrage et de dépendance au cannabis chez l'adolescent consommateur. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 52*(1), 11-16.

Royer, E., Morand, C., & Gendron, M. (2005). *Programme PEC - Pratiquons ensemble nos compétences : guide sommaire*. Portneuf: Centre de santé Portneuf.

Ruchkin, V. V., Eisemann, M., & Cloninger, C. R. (1998). Behaviour/emotional problems in male juvenile delinquents and controls in Russia: The role of personality traits. *Acta Psychiatrica Scandinavica*(98), 231-236.

Ruchkin, V. V., Eisemann, M., & Hägglöf, B. (1999). Coping styles in delinquent adolescents and controls : The role of personality and parental rearing. *Journal of youth and adolescence, 28*(6), 705-717.

Ruchkin, V. V., Koposov, R. A., Eisemann, M., & Hägglöf, B. (2002). Alcohol use in delinquent adolescents from Northern Russia: the role of personality, parental rearing

and family history of alcohol abuse. *Personality and Individual Differences, 32*(7), 1139-1148.

Ruchkin, V. V., Schwab-Stone, M., Koposov, R., Vermeiren, R., & Steiner, H. (2002). Violence exposure, posttraumatic stress, and personality in juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(3), 322-329.

Rueff, B., Crnac, J., & Darne, B. (1989). Dépistage de malades" alcooliques" par l'autoquestionnaire systématique DETA: parmi des consultants hospitaliers. *La Presse Médicale, 18*(1), 654-656.

Saint-Laurent, L. (1990). Etude psychométrique de l'inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. *Canadian journal of behavioural science, 22*(4), 377-384.

Sanches, R. F., & Marques, J. M. (2010). Cannabis and mood. *Rev Bras Psiquiatr, 32*(2), 173-180.

Sareen, J., Stein, M. B., Cox, B. J., & Hassard, S. T. (2004). Understanding Comorbidity of anxiety disorders with antisocial behavior: Findings from two large community surveys. *The Journal of nervous and mental disease, 192*(3), 178-186.

Satterfield, J. H., & Schell, A. (1997). A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: Adolescent and adult criminality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(12), 1726-1735.

Schlesinger, L. B. (2004). Classification of antisocial behavior for prognostic purposes: study the motivation, not the crime. *Journal of Psychiatry & Law, 32*(2), 191-219.

Schulenberg, J., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Wadsworth, K. N., & Johnston, L. D. (1996). Getting drunk and growing up : Trajectories of frequent binge drinking during the transition to young adulthood. *Journal of studies on alcohol, 57*(3), 289-304.

Schulenberg, J. E., Merline, A. C., Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Laetz, V. B. (2005). Trajectories of marijuana use during the transition to adulthood: The big picture based on national panel data. *Journal of Drug Issues, 35*(2), 255−280.

Schumann, G., Heinz, A., Friedel, E., Müller, D. J., Puls, I., Wrase, J., et al. (2007). Okey Lecture 2006 : identifying the neurobiological mechanisms of addictive behaviour. Commentary. *Addiction 102*(11), 1689-1700.

Seiffge-Krenke, I. (1992). Coping behaviour of Finish adolescents : Remarks on a cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Psychology, 33*, 301-314.

Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping, and relationships in adolescence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Seiffge-Krenke, I., Molinar, R., Ciariano, S., Menna, P., Michel, G., Hoareau, E., et al. (2009). Competence in coping with future-related stress in adolescents from France, Italy, Great Britain and Germany. *Journal of Happiness Studies*.

Seligman, M. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman.

Seog, J. S. K., Soo, J. S. L., Sook, K. S. Y., Young, H. Y. S., Soojeong, C. S. B., Ain, A. C., et al. (2006). The relationship between the biogenetic temperament and character and psychopathology in adolescents. *Psychopathology, 39*(2), 80-86.

Shepherd, J. P., Sutherland, I., & Newcombe, R. G. (2006). Relations between alcohol, violence and victimization in adolescence. *Journal of adolescence, 29*(4), 539-553.

Sher, K. J., Bartholow, B. D., & Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 818-829.

Simic, M., & Fombonne, E. (2001). Depressive conduct disorder : symptom patterns and correlates in referred children and adolescents. *Journal of Affective Disorders, 62*(3), 175-185.

Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., & Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality. *The British Journal of Psychiatry, 184*(2), 118-127.

Siqueira, L., Diab, M., Bodian, C., & Rolnitzky, L. (2001). The relationship of stress and coping methods to adolescent marijuana use. *Substance Abuse, 22*(3), 157-166.

Sit, C. H. P., Lindner, K. J., Apter, M. J., Michel, G., & Mallows, R. (2010). The Development of the Motivational Style Profile for Children (MSP-C). *Journal of Cross-Cultural Psychology*.

Smart, R. G., & Ogborne, A. C. (2000). Drug use and drinking among students in 36 countries. *Addictive Behaviors, 25*(3), 455-460.

Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Moss, H. B. (2000). Serotonin, impulsivity, and Alcohol Use Disorders in the older adolescent : A psychobiological study. *Alcoholism, clinical and experimental research, 24*(11), 1609-1619.

Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., , & Platzek, D. (1973). *STAIC, Strait-trait Anxiety Inventory for Children*. California: Palo Alto Consulting Psychologists Press.

Spilka, S., Le Nézet, O., Beck, F., Ehlinger, V., & Godeau, E. (2012). Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège ». *Tendances, OFDT, 80*.

Spilka, S., Le Nézet, O., & Tovar, M.-L. (2012). Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. *Tendances, OFDT, 79*.

Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021*(1), 51-58.

Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review, 28*(1), 78-106.

Stirn, A. (2003). Piercing - Perspectives psychosociales d'un phénomène de société. *Paediatrica, 14*(4), 28-37.

Sullivan, C., Childs, K., & O'Connell, D. (2010). Adolescent Risk Behavior Subgroups: An Empirical Assessment. *Journal of Youth & Adolescence, 39*(5), 541-562.

Sussman, S., Skara, S., & Ames, S. L. (2008). Substance abuse among adolescents. *Substance use & misuse, 43*(12-13), 1802-1828.

Swaim, R. C., Deffenbacher, J. L., & Wayman, J. C. (2004). Concurrent and prospective effects of multi-dimensional aggression and Anger on adolescent alcohol use. *Aggressive behavior (Print), 30*(5), 356-372.

Tackett, J. L., Krueger, R. F., Iacono, W. G., & McGue, M. (2005). Symptom-based subfactors of DSM-defined conduct disorder: Evidence for etiologic distinctions. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(3), 483-487.

Tackett, J. L., Krueger, R. F., Sawyer, M. G., & Graetz, B. W. (2003). Subfactors of DSM IV conduct disorder: Evidence and connections with syndromes from the Child Behavior Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(6), 647-654.

Tarter, R. E. (2002). Etiology of adolescent substance abuse: a developmental perspective. *Am J Addict, 11*(3), 171-191.

Tarter, R. E., Kirisci, L., Mezzich, A., Cornelius, J. R., Pajer, K., Vanyukov, M., et al. (2003). Neurobehavioral disinhibition in childhood predicts early age at onset of substance use disorder. *Am J Psychiatry, 160*(6), 1078-1085.

Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E., & Danckaerts, M. (1996). Hyperactivity and Conduct Problems as Risk Factors for Adolescent Development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(9), 1213-1226.

Taylor, J., & Iacono, W. G. (2007). Personality trait differences in boys and girls with clinical or sub-clinical diagnoses of conduct disorder versus antisocial personality disorder. *Journal of adolescence, 30*(4), 537-547.

Taylor, S. P., & Chermack, S. T. (1993). Alcohol, drugs and human physical aggression. *Alcohol and Aggression, sup 11*.

Tellegen, A. (1988). The analysis of consistency in personality assessment. *Journal of personality, 56*(3), 621-663.

Teplin, L. A., Elkington, K. S., Mc Clelland, G. M., Abram, K. M., Mericle, A. A., & Washburn, J. J. (2005). Major mental disorders, substance use disorders, comorbidity, and HIV-AIDS risk behaviors in juvenile detainees. *Psychiatric services, 56*(7), 823-828.

Thapar, A., Van Den Bree, M., Fowler, T., Langley, K., & Whittinger, N. (2006). Predictors of antisocial behaviour in children with attention deficit hyperactivity disorder. *European child & adolescent psychiatry, 15*(2), 118-125.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and Development*. New York: Brunner/mazel.

Tillfors, M., El-Khouri, B., Stein, M. B., & Trost, K. (2009). Relationships between social anxiety, depressive symptoms, and antisocial behaviors: Evidence from a prospective study of adolescent boys. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(5), 718-724.

Timmermans, M., van Lier, P. A., & Koot, H. M. (2008). Which forms of child/adolescent externalizing behaviors account for late adolescent risky sexual behavior and substance use? *J Child Psychol Psychiatry, 49*(4), 386-394.

Timmons-Mitchell, J., Brown, C., Schulz, S. C., Webster, S. E., Underwood, L. A., & Semple, W. E. (1997). Comparing the mental health needs of female and male incarcerated juvenile delinquents. *Behavioral Sciences & the Law, 15*(2), 195-202.

Toupin, J., Le Corff, Y., & Pauzé, R. (2008). Symptomatologie et adaptation psychosociale des adolescents ayant un trouble dépressif cooccurrent à un trouble de comportement perturbateur. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 53*(1), 43-51.

Tram, J. M., & Cole, D. A. (2006). A multimethod examination of the stability of depressive symptoms in childhood and adolescence. *J Abnorm Psychol, 115*(4), 674-686.

Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development, 24*(2), 129-141.

Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., et al. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics, 114*(1).

Tremblay, R. E., Pihl, R. O., Vitaro, F., & Dobkin, P. L. (1994). Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry, 51*(9), 732-739.

Trentacosta, C. J., & Shaw, D. S. (2009). Emotional self-regulation, peer rejection, and antisocial behavior: Developmental associations from early childhood to early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology, 30*(3), 356-365.

Trites, R. L., Dugas, E., Lynch, G., & Ferguson, H. B. (1979). Prevalence of hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology, 4*(2), 179-188.

Turgeon, L., & Chartrand, É. (2003). Psychometric properties of the French Canadian version of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. *Educational and Psychological Measurement, 63*(1), 174-185.

Turner, C., McClure., R., & Pirozzo, S. (2004). Injury and risk-taking behavior—a systematic review. *Accident Analysis and Prevention, 36*, 93-101.

Ullrich, N. J., & Goodkin, H. P. (2008). The choking game and other strangulation activities in children and adolescents. *American Academy of Pediatrics*.

Ulzen, T. P. M., & Hamilton, H. (1998). The nature and characteristics of psychiatric comorbidity in incarcerated adolescents. *Canadian journal of psychiatry, 43*(1), 57-63.

Vaillancourt, T. (2005). Indirect aggression among humans: Social construct or evolutionary adaptation? In R. E. Tremblay, W. H. Hartup & J. Archer (Eds.), *Developmental origins of aggression* (pp. 158-177). New York: Guilford Press.

Van Den Bree, M. B. M., & Pickworth, W. B. (2005). Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. *Archives of General Psychiatry, 62*(3), 311-319.

Van Lier, P. A., Vitaro, F., Barker, E. D., Koot, H. M., & Tremblay, R. E. (2009). Developmental links between trajectories of physical violence, vandalism, theft, and alcohol-drug use from childhood to adolescence. *J Abnorm Child Psychol, 37*(4), 481-492.

Van Lier, P. A. C., Van der Ende, J., Koot, H. M., & Verhulst, F. C. (2007). Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. [Article]. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 48*(6), 601-608.

Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Ter Bogt, T., & Vollebergh, W. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents : Interactions with age and gender-findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children survey. *Journal of studies on alcohol, 66*(5), 605-609.

Verlaeten, M., Charles, G., Machowski, R., Deleu, G., & Wilmotte, J. (1989). Une adaptation de l'échelle d'agressivité manifeste de Yudofsky sur une population de patients hospitalisés en unité de soins fermée. *Psychiatrie & psychobiologie, 4*(4), 227-233.

Vermeiren, R., Deboutte, D., Ruchkin, V., & Schwab-Stone, M. (2002). Antisocial behaviour and mental health: Findings from three communities. *European child & adolescent psychiatry, 11*(4), 168-175.

Von Eye, A., & Bergman, L. R. (2003). Research strategies in developmental psychopathology: Dimensional identity and the person-oriented approach. *Development and psychopathology 15*(3), 553-580.

Wagner, E. F. (1993). Delay of gratification, coping with stress, and substance use in adolescence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 1*(1-4), 27-43.

Wahl, G., & Madelin-Mitjavile, C. (2007). *Comprendre et prévenir les échecs scolaires*. Paris: Odile Jacob.

Walker, J. L., Lahey, B. B., Russo, M. F., Frick, P. J., Christ, M. A., G., McBurnett, K., et al. (1991). Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children. I; Relations to social impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*(2), 187-191.

Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., et al. (2008). Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety. *New England Journal of Medicine, 359*(26), 2753-2766.

Walther, C. A. P., Cheong, J., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Wymbs, B. T., Belendiuk, K. A., et al. (2012). Substance Use and Delinquency Among Adolescents With Childhood ADHD: The Protective Role of Parenting. *Psychology of addictive behaviors*.

Wanner, B., Vitaro, F., Carbonneau, R., & Tremblay, R. E. (2009). Cross-lagged links among gambling, substance use, and delinquency from midadolescence to young adulthood: Additive and moderating effects of common risk factors. *Psychology of addictive behaviors, 23*(1), 91-104.

Weden, M. M., & Zabin, L. S. (2005). Gender and ethnic differences in the co-occurrence of adolescent risk behaviors. *Ethnicity & Health, 10*(3), 213-234.

White, H. R. (1992). Early Problem Behavior and Later Drug Problems. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 29*(4), 412-429.

Whitmore, E. A., Mikulich, S. K., Thompson, L. L., Riggs, P. D., Aarons, G. A., & Crowley, T. J. (1997). Influences on adolescent substance dependence: conduct disorder,

depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. *Drug and Alcohol Dependence, 47*(2), 87-97.

Wilens, T. E. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *The Psychiatric clinics of North America, 27*(2), 283-301.

Willner, P. (2001). A view through the gateway: expectancies as a possible pathway from alcohol to cannabis. *Addiction, 96*(5), 691-703.

Wills, T. A., Sandy, J. M., & Shinar, O. (1999). Cloninger's constructs related to substance use level and problems in late adolescence: a mediational model based on self-control and coping motives. *Exp Clin Psychopharmacol, 7*(2), 122-134.

Wills, T. A., Sandy, J. M., Yaeger, A. M., Cleary, S. D., & Shinar, O. (2001). Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: A latent growth analysis. *Journal of abnormal psychology (1965), 110*(2), 309-323.

Wills, T. A., & Shiftman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. In S. Shiftman & T. A. Wills (Eds.), *Coping and substance use* (pp. 3-24). San Diego, CA: Academic Press.

Wills, T. A., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1994). Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. *J Subst Abuse, 6*(1), 1-20.

Wills, T. A., Windle, M., & Cleary, S. D. (1998). Temperament and novelty seeking in adolescent substance use : Convergence of dimensions of temperament with constructs from Cloninger's theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(2), 387-406.

Windle, M., & Windle, R. C. (1996). Coping strategies, drinking motives, and stressful life events among middle adolescents: associations with emotional and behavioral problems and with academic functioning. *J Abnorm Psychol, 105*(4), 551-560.

Windle, M., & Windle, R. C. (2001). Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: prospective associations and intrapersonal and interpersonal influences. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(2), 215-226.

Winters, K. C., & Lee, C.-Y. (2008). Likelihood of developing an alcohol and cannabis use disorder during youth : Association with recent use and age. *Drug and Alcohol Dependence, 92*(1-3), 239-247.

Wolitzky-Taylor, K., Bobova, L., Zinbarg, R. E., Mineka, S., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal investigation of the impact of anxiety and mood disorders in adolescence

on subsequent substance use disorder onset and vice versa. *Addictive Behaviors, 37*(8), 982-985.

World Health Organization. (1992). *ICD-10 : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organisation.

Young, S. E., Friedman, N. P., Miyake, A., Willcutt, E. G., Corley, R. P., Haberstick, B. C., et al. (2009). Behavioral disinhibition: Liability for externalizing spectrum disorders and its genetic and environmental relation to response inhibition across adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(1), 117-130.

Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry, 143*(1), 35-39.

Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., & Hoyle, R. H. (2000). Personality and risk-taking : Common biosocial factors. *Journal of personality, 68*(6), 999-1029.

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe A1 1
Annexe A2 2
Annexe A3 4
Annexe A4 7
Annexe B1et B2 11
Annexe B3 12
Annexe B4 13
Annexe C 14
Annexe D 16
Annexe E 17
Annexe F 21
Annexe G 24
Annexe H1 25
Annexe H2 26
Annexe I 27
Annexe J 28
Annexe K 29
Annexe L 30
Annexe M 31
Annexe N 34
Annexe O 35
Annexe P 36
Annexe Q 57
Annexe R 58
Annexe S 59
Annexe T 61
Annexe U 62
Annexe V 63
Annexe W 67
Annexe X 69

Annexe A1

N° :

Ceci est une étude réalisée par les services de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent l'Université de Bordeaux2 (Département de Psychologie) sous la direction des Professeurs Grégory MICHEL, Manuel BOUVARD et de Sabrina BERNADET.
Peux-tu s'il te plait remplir ces questionnaires, qui resteront anonymes (n'écris pas ton nom) et ne seront utilisés qu'à des fins de recherche.
Réponds bien à **toutes les questions** de la manière la plus sincère, mais ne passes pas trop de temps à choisir ta réponse. Rappelles-toi qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Nous te remercions de ta collaboration qui contribuera grandement à notre recherche.

Informations générales :

- Age : …… ans
- Sexe : □ Masculin □ Féminin
- Classe : □ 6ème □ 5ème □ 4ème □ 3ème □ 2nde □ 1ère □ Terminale
- Situation familiale : □ Parents en couple □ Parents séparés
  □ Parents divorcés □ Décès d'un des parents □ Famille d'accueil
- Nombre de frères et sœurs : ……
- As-tu déjà redoublé : □ oui □ non Si oui, quelle classe ? ……

Relation avec ton entourage et tes amis :

Combien as-tu de très bons amis ? (Donne un chiffre précis) …….

Est ce qu'on t'invite souvent à des anniversaires, boum, fêtes…? □ Oui □ Non

As-tu toujours un copain ou une copine avec qui parler à la récréation? □ Oui □ Non

Pratiques-tu un sport (football, judo…) en dehors de l'école (club sportif)? □ Oui □ Non

Pratiques-tu une activité artistique (musique, danse…) en dehors de l'école ? □ Oui □ Non

Te disputes-tu **souvent** avec tes parents ? □ Oui □ Non

Est-ce que tes camarades de classe t'embêtent ou se moquent **souvent** de toi ? □ Oui □ Non
Si oui, de quelle manière et pourquoi?……

As-tu l'habitude d'embêter ou de te moquer d'un (ou plusieurs) camarades de classe? □ Oui □ Non
Si oui, de quelle manière et pourquoi ?……

Annexe A2

Consommation de tabac, alcool, produits illicites :

- **As-tu déjà** fumé des **cigarettes** : □ Oui □ Non
  - ➥ **Si oui**, combien de fois ?
    - □ Une fois
    - □ Entre deux et cinq fois
    - □ Entre cinq et dix fois
    - □ Plus de dix fois (précise le nombre et la quantité : ……)
  - ➥ Quel **âge** avais-tu lorsque tu en as consommé la première fois ?.....
  - ➥ Dans quel **contexte** ? □ en famille □ avec tes copains □ les 2
  - En consommes-tu **actuellement** ? □ Oui □ Non
    - ➥ **Si oui**, tu fumes des cigarettes : □ Rarement
      - □ Une fois par mois
      - □ Une fois par semaine
      - □ Deux à trois fois par semaine
      - □ Tous les jours
      - ➥ Combien de cigarettes/jour ? ……
    - ➥ Tu fumes, plutôt : □ seul □ en groupe □ les 2
    - ➥ Dans quel **contexte** fumes-tu ? □ en famille □ avec tes copains □ les 2

- **As-tu déjà** consommé de **l'alcool** ? □ Oui □ Non
  - ➥ **Si oui**, combien de fois ?
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise nombre et quantité: ……)
  - ➥ Quel **âge** avais-tu lorsque tu en as consommé la première fois ?.....
  - ➥ Quel **type** d'alcool as-tu bu, la première fois ?.....
  - ➥ Dans quel **contexte** ? □ en famille □ avec tes copains □ les 2
  - **Actuellement**, consommes-tu de l'alcool ?: □ Oui □ Non
    - ➥ **Si oui**, tu en consommes : □ Rarement
      - □ Une fois par mois
      - □ Une fois par semaine
      - □ Deux à trois fois par semaine
      - □ Tous les jours
    - ➥ Tu consommes de l'alcool, plutôt : □ seul □ en groupe □ les 2
    - ➥ Dans quel **contexte** consommes-tu ? □ en famille □ avec tes copains □ les 2
    - ➥ Actuellement, quel **type** d'alcool bois-tu ?.....

- **As-tu déjà** consommé des **produits illicites** (cannabis, beuh, shit ou autre)?
  - □ Oui □ Non
  - ➥ **Si oui**, combien de fois ?
    - □ Une fois
    - □ Entre deux et cinq fois
    - □ Entre cinq et dix fois
    - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ A quel **âge** en as-tu consommé pour la première fois ?.....
  - ➥ De quel **produit** s'agissait-il ?.....
  - ➥ Dans quel **contexte** ? □ en famille □ avec tes copains □ les 2
- En consommes-tu **actuellement** ? □ Oui □ Non
  - ➥ **Si oui**, tu en consommes :
    - □ Rarement
    - □ Une fois par mois
    - □ Une fois par semaine
    - □ Deux à trois fois par semaine
    - □ Tous les jours
  - ➥ De quel **produit** s'agit-il ?.....
  - ➥ En consommes-tu ? □ seul □ en groupe ou □ les 2
  - ➥ Dans quel **contexte** ? □ en famille □ avec tes copains □ les 2

Annexe A3

Comportements durant les 12 derniers mois):

- As-tu fait **l'école buissonnière** (sécher les cours sans que tes parents le sachent)?
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons** as-tu sécher les cours secrètement ? ……

- As-tu **fugué** et passé la nuit dehors ?
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : …)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons** ? ……

- Es-tu **resté dehors tard la nuit** malgré les interdictions de tes parents ?
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons** ? ……

- T'es-t-il arrivé de **mentir** pour obtenir des faveurs ou pour échapper à des obligations ?
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons** ? ……

- As-tu **volé des objets** d'une certaine valeur sans affronter la victime?
  (par exemple : vol dans un magasin sans destruction ou effraction)
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons ?** ……

- As-tu commis un **vol en affrontant la victime** ? (par exemple : agression, vol de sac à main)
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons ?** ……

- As-tu volontairement **détruit un objet** appartenant à quelqu'un ?
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons ?** ……

- As-tu **utilisé un objet comme une arme** pouvant blesser sérieusement autrui ?
  (un bâton, une brique)
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons ?** ……

- As-tu fait preuve de **cruauté envers une personne** ?
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons ?** ……

- As-tu fait preuve de **cruauté envers un animal** ?
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons** ? ……

- As-tu commencé des **bagarres** ?
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons** ? ……

- As-tu brutalisé et **menacé** d'autres personnes ?
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons** ? ……

- As-tu délibérément **mis le feu** avec l'intention de provoquer des dégâts importants ?
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons** ? ……

- As-tu pénétré par **effraction** dans une maison, un bâtiment, une voiture appartenant à autrui?
  - □ Non
  - □ Une fois
  - □ Entre deux et cinq fois
  - □ Entre cinq et dix fois
  - □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  - ➥ **Si oui**, dans quelles circonstances, comment cela s'est-il passé ?.....
  - ➥ Pour quelles **raisons** ? ……

Annexe A4

- **As-tu pratiqué des sports à risques** (snowboard, skateboard, escalade ou autre) ?
  □ Oui □ Non

  ➥ Si oui, lequel ou lesquels ?……

  ➥ Combien de fois ?
  □ Une fois
  □ Entre deux et cinq fois
  □ Entre cinq et dix fois
  □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  □ Régulièrement (dans quel cadre ? ……)

- Pratiques-tu **actuellement** des **sports à risques** ?
  □ Oui □ Non

  ➥ Si oui, lequel ou lesquels pratiques-tu ?……

  ➥ A quelle fréquence ?
  □ Rarement
  □ Une fois par mois
  □ Une fois par semaine
  □ Deux à trois fois par semaine
  □ Tous les jours
  □ Régulièrement (dans quel cadre ? ……)
  ➥ Quels sont les risques ?……

- **Prends-tu des risques** en scooter, vélo (rouler dangereusement, sans casque ou autre)
  □ Oui □ Non
  ➥ Si oui, **quels** types de risques prends-tu?……
  ➥ A quelle fréquence ?
  □ Rarement
  □ Une fois par mois
  □ Une fois par semaine
  □ Deux à trois fois par semaine
  □ Tous les jours
  □ Régulièrement (dans quel cadre ? ……)

- **As-tu déjà** entendu parler des **jeux dangereux** ?
  □ Oui □ Non
  ➥ Si oui, par quel intermédiaire (média, copain….) ?.....

- **As-tu déjà** pratiqué les **« jeux d'asphyxie »** suivants : le jeu du foulard, le jeu de la tomate, ou des jeux qui y ressemblent ?
  □ Oui □ Non
  ➥ **Si oui**, combien de fois ?
  □ Une fois
  □ Entre deux et cinq fois
  □ Entre cinq et dix fois
  □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  ➥ **Lequel ou lesquels** as-tu pratiqué ? ……
  ➥ As-tu pratiqué cela plutôt: □ seul □ en groupe □ les 2
  ➥ Dans quel contexte et pour quelles **raisons** ? ……
  ➥ Quel **âge** avais tu, ou en quelle classe étais-tu ?……

  - **Actuellement**, pratiques-tu ce genre de **« jeux d'asphyxie »** ?
    □ Oui □ Non
    ➥ Si oui, **lequel ou lesquels** ?
    ➥ A quelle fréquence ?
    □ Rarement
    □ Une fois par mois
    □ Une fois par semaine
    □ Deux à trois fois par semaine
    □ Tous les jours
    ➥ Pratiques-tu cela plutôt: □ seul □ en groupe □ les 2
    ➥ Pour quelles **raisons** et dans quel contexte pratiques-tu cela ? ……
  - **Connais-tu dans ton entourage** une personne ayant pratiqué des « jeux d'asphyxie »?
    □ Oui □ Non
    As-tu été **forcé** à pratiqué cela ?
    □ Oui □ Non
    As-tu déjà **proposé** cette pratique à quelqu'un ?
    □ Oui □ Non
    D'après toi, quels sont les **risques** liés aux « jeux d'asphyxie » ?……

- **As-tu déjà** pratiqué des **« jeux violents »** : le jeu de la canette, le petit pont massacreur ou des jeux qui y ressemblent ?
  □ Oui □ Non
  ➥ **Si oui**, combien de fois ?
  □ Une fois
  □ Entre deux et cinq fois
  □ Entre cinq et dix fois
  □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  ➥ **Lequel ou lesquels** as-tu pratiqué ? ……

➥ As-tu pratiqué cela plutôt: □ seul □ en groupe □ les 2
➥ Dans quel contexte et pour quelles **raisons** ? ……
➥ Quel **âge** avais tu, ou en quelle classe étais-tu ?……

- **Actuellement**, pratiques-tu ce genre de **« jeux violents »** ?
  □ Oui □ Non
  ➥ **Si oui**, lequel ou lesquels ?
  ➥ A quelle fréquence ?
  □ Rarement
  □ Une fois par mois
  □ Une fois par semaine
  □ Deux à trois fois par semaine
  □ Tous les jours
  ➥ Pratiques-tu cela plutôt: □ seul □ en groupe □ les 2
  ➥ Pour quelles **raisons** et dans quel contexte pratiques-tu cela ? ……
- **Connais-tu dans ton entourage** une personne ayant pratiqué des « jeux violents » ?
  □ Oui □ Non
  As-tu été **forcé** à pratiqué cela ?
  □ Oui □ Non
  As-tu déjà **proposé** cette pratique à quelqu'un ?
  □ Oui □ Non
  D'après toi, quels sont les **risques** liés à ce genre de pratique ?……

- **As-tu déjà** pratiqué des **« jeux de défis »** : jackass, alcoolisation express, ou des jeux où on se lance des défis ?
  □ Oui □ Non
  ➥ **Si oui**, combien de fois ?
  □ Une fois
  □ Entre deux et cinq fois
  □ Entre cinq et dix fois
  □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  ➥ **Lequel ou lesquels** as-tu pratiqué ? ……
  ➥ As-tu pratiqué cela plutôt: □ seul □ en groupe □ les 2
  ➥ Dans quel contexte et pour quelles **raisons** ? ……
  ➥ Quel **âge** avais tu, ou en quelle classe étais-tu ?……

- **Actuellement**, pratiques-tu ce genre de **« jeux de défis »** ?
  □ Oui □ Non
  ➥ **Si oui**, lequel ou lesquels ?
  ➥ A quelle fréquence ?
  □ Rarement
  □ Une fois par mois
  □ Une fois par semaine
  □ Deux à trois fois par semaine
  □ Tous les jours
  ➥ Pratiques-tu cela plutôt: □ seul □ en groupe □ les 2
  ➥ Pour quelles **raisons** et dans quel contexte pratiques-tu cela ? ……

- **Connais-tu** dans ton entourage une personne ayant pratiqué des « jeux de défis » ?
  □ Oui □ Non
  As-tu été **forcé** à pratiqué cela ?
  □ Oui □ Non
  As-tu déjà **proposé** cette pratique à quelqu'un ?
  □ Oui □ Non
  D'après toi, quels sont les **risques** liés à ce genre de pratique ?.....

- **As-tu déjà** pratiqué sur toi des **scarifications** (se couper, se blesser volontairement) **?**
  □ Oui □ Non
  ➥ **Si oui**, combien de fois ?
  □ Une fois
  □ Entre deux et cinq fois
  □ Entre cinq et dix fois
  □ Plus de dix fois (précise le nombre : ……)
  ➥ **Lequel ou lesquels** as-tu pratiqué ? .....
  ➥ As-tu pratiqué cela plutôt: □ seul □ en groupe □ les 2
  ➥ Dans quel contexte et pour quelles **raisons** ? ……
  ➥ Quel **âge** avais tu, ou en quelle classe étais-tu ?.....

- **Actuellement**, pratiques-tu sur toi des **scarifications** ?
  □ Oui □ Non
  ➥ **Si oui**, lequel ou lesquels
  ➥ A quelle fréquence ?
  □ Rarement
  □ Une fois par mois
  □ Une fois par semaine
  □ Deux à trois fois par semaine
  □ Tous les jours
  ➥ Pratiques-tu cela plutôt: □ seul □ en groupe □ les 2
  ➥ Pour quelles **raisons** et dans quel contexte pratiques-tu cela ? ……

- **Connais-tu** dans ton entourage une personne ayant pratiqué des scarifications ?
  □ Oui □ Non
  As-tu été **forcé** à pratiqué cela ?
  □ Oui □ Non
  As-tu déjà **proposé** cette pratique à quelqu'un ?
  □ Oui □ Non
  D'après toi, quels sont les **risques** liés à ce genre de pratique ?.....

Annexe B1et B2

➔ **Si tu fumes actuellement**, merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

Combien de cigarettes fumes-tu par jour?
❑ Moins de 10 ❑ entre 11 et 20 ❑ de 21 à 30 ❑ plus de 30

Fumes-tu plus fréquemment dans les heures qui suivent ton lever que dans le reste de la journée?
❑ Oui ❑ Non

Combien de temps après t'être réveillé(e), fumes-tu ta première cigarette?
❑ Moins de 5 mn ❑ 6 à 30 mn ❑ 31 à 60 mn ❑ Après 60 mn

Quelle cigarette aurais-tu le plus de mal à abandonner? ❑ La première ❑ Une autre

Trouves-tu difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit? ❑ Oui ❑ Non

Fumes-tu même si une maladie t'oblige à rester au lit? ❑ Oui ❑ Non

As-tu déjà fait une tentative, même brève, d'arrêt du tabac ? ❑ Oui ❑ Non

As-tu déjà ressenti un besoin impérieux de fumer ? ❑ Oui ❑ Non

T'es-tu déjà senti dépendant au tabac ? ❑ Oui ❑ Non
As-tu déjà ressenti que tu avais vraiment besoin d'une cigarette ? ❑ Oui ❑ Non

Est-il difficile pour toi de t'empêcher de fumer dans les endroits où tu n'es pas supposé le faire, comme à l'école ? ❑ Oui ❑ Non

Quand tu as essayé de t'arrêter de fumer OU quand tu n'as pas pu fumer, as-tu trouvé…

- Qu'il était difficile de te concentrer parce que tu ne pouvais pas fumer ? ❑ Oui ❑ Non
- T'es-tu senti plus irritable parce que tu ne pouvais pas fumer ? ❑ Oui ❑ Non
- As-tu ressenti un besoin intense ou une urgence à fumer ? ❑ Oui ❑ Non
- T'es-tu senti nerveux, sans repos, anxieux parce que tu ne pouvais pas fumer? ❑ Oui ❑ Non
- T'es-tu senti triste ou déprimé parce que tu ne pouvais pas fumer? ❑ Oui ❑ Non

Annexe B3

➔ **Si tu consommes de l'alcool actuellement**, merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

As-tu déjà ressenti le besoin de diminuer ta consommation de boissons alcoolisées? ❑ Oui ❑ Non

Ton entourage t'a-t-il fait des remarques au sujet de ta consommation? ❑ Oui ❑ Non

As-tu déjà eu l'impression que tu buvais trop? ❑ Oui ❑ Non

As-tu déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour te sentir en forme? ❑ Oui ❑ Non

Annexe B4

➔ **Si tu consommes du cannabis actuellement,** merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

Ton entourage s'est-il plaint de ton usage du cannabis ? ❑ Oui ❑ Non

As-tu eu des problèmes de mémoire immédiate ? ❑ Oui ❑ Non

As-tu déjà eu des épisodes délirants lors d'usage du cannabis ? ❑ Oui ❑ Non

Considères-tu qu'il soit difficile de passer une journée sans "joint" ? ❑ Oui ❑ Non

Manques-tu d'énergie pour faire les choses que tu faisais habituellement ? ❑ Oui ❑ Non

T'es-tu déjà senti préoccupé par les effets de ton usage de cannabis ? ❑ Oui ❑ Non

As-tu plus de difficultés à étudier ? A intégrer des informations nouvelles ? ❑ Oui ❑ Non

As-tu déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter ton usage de cannabis ? ❑ Oui ❑Non

Aimes-tu "planer", "être défoncé" (*stoned*) dès le matin ? ❑ Oui ❑ Non

Es-tu de plus en plus souvent "défoncé(e)" ? ❑ Oui ❑ Non

As-tu ressenti "le manque", des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand tu diminuais ou arrêtais l'usage du cannabis ? ❑ Oui ❑ Non

Annexe C

C.D.I.

Il arrive que certains adolescents n'aient pas toujours les mêmes sentiments et les mêmes idées. Ce questionnaire te donne une liste par groupe de sentiments et d'idée. Dans chaque groupe, choisis une phrase, celle qui décrit le mieux ce que tu as fait, ressenti, pensé au cours des deux dernières semaines. Quand tu auras choisi ta phrase dans le premier groupe, tu passeras au suivant. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Choisis seulement la phrase qui décrit le mieux ta manière d'être au cours de ces **deux dernières semaines**. Inscris une crois comme ceci X à côté de ta réponse, dans la case correspondante à la phrase que tu as choisie.

1 □ Je suis triste de temps en temps
□ Je suis triste souvent
□ Je suis triste tout le temps

2 □ Rien ne marchera jamais pour moi
□ Je ne suis pas sûr que tout marchera bien pour moi
□ Tout marchera bien pour moi

3 □ Je réussis presque tout ce que je fais
□ Je rate beaucoup de choses
□ Je rate tout

4 □ Des tas de choses m'amusent
□ Peu de choses m'amusent
□ Rien ne m'amuse

5 □ Je suis désagréable tout le temps
□ Je suis souvent désagréable
□ Je suis désagréable de temps en temps

6 □ De temps en temps, je pense que des choses désagréables vont m'arriver
□ J'ai peur que des choses désagréables ne m'arrivent
□ Je suis sûr que des choses horribles vont m'arriver

7 □ Je me déteste
□ Je ne m'aime pas
□ Je m'aime bien

8 □ Tout ce qui ne va pas est de ma faute
□ Bien souvent, ce qui ne va pas est de ma faute
□ Ce qui ne va pas n'est généralement pas de ma faute

9 □ Je ne pense pas à me tuer
□ Je pense à me tuer mais je ne le ferai pas
□ Je veux me tuer

10 □ J'ai envie de pleurer tous les jours
□ J'ai souvent envie de pleurer
□ J'ai envie de pleurer de temps en temps

11 □ Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse / travaille
□ Il y a souvent quelque chose qui me tracasse / travaille
□ Il y a de temps en temps quelque chose qui me tracasse / travaille

12 □ J'aime bien être avec les autres
□ Souvent, je n'aime pas être avec les autres
□ Je ne veux pas être avec les autres

13 □ Je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses
□ J'ai du mal à me décider plusieurs choses
□ Je me décide facilement entre plusieurs choses

14 □ Je me trouve bien physiquement
□ Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique
□ Je me trouve laid(e)

15 □ Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs
□ Je dois me forcer souvent pour faire mes devoirs
□ Ca ne me pose pas de problèmes de faire mes devoirs

16 □ J'ai toujours du mal à dormir la nuit
□ J'ai souvent du mal à dormir la nuit
□ Je dors plutôt bien

17 □ Je suis fatigué(e) de temps en temps
□ Je suis fatigué(e) souvent
□ Je suis fatigué(e) tout le temps

18 □ La plupart du temps, je n'ai pas envie de manger
□ Souvent, je n'ai pas envie de manger
□ J'ai plutôt bon appétit

19 □ Je ne m'inquiète pas quand j'ai mal quelque part
□ Je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part
□ Je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part

20 □ Je ne me sens pas seul(e)
□ Je me sens souvent seul(e)
□ Je me sens toujours seul(e)

21 □ Je ne m'amuse jamais à l'école
□ Je m'amuse rarement à l'école
□ Je m'amuse souvent à l'école

22 □ J'ai beaucoup d'amis
□ J'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus
□ Je n'ai aucun ami

23 □ Mes résultats scolaires sont bons
□ Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu'avant
□ J'ai de mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir

24 □ Je ne fais jamais aussi bien que les autres
□ Je peux faire aussi bien que les autres si je le veux
□ Je ne fais ni mieux ni plus mal que les autres

25 □ Personne ne m'aime vraiment
□ Je me demande si quelqu'un m'aime
□ Je suis sûr(e) que quelqu'un m'aime

26 □ Je fais généralement ce qu'on me dit
□ La plupart du temps je ne fais pas ce qu'on me dit
□ Je ne fais jamais ce qu'on me dit

27 □ Je m'entends bien avec les autres
□ Je me bagarre souvent
□ Je me bagarre tout le temps

Annexe D

« COMMENT JE ME SENS »

Indications : Voici un certain nombre de phrases que les garçons et les filles emploient pour dire comment ils se sentent. Lis chacune d'elles et décide si elle s'applique à toi PRESQUE JAMAIS, QUELQUEFOIS, ou SOUVENT. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne passe pas trop de temps à chaque phrase. Souviens-toi, choisis le mot qui décrit le mieux comment tu te sens généralement.

	PRESQUE JAMAIS	***QUELQUEFOIS***	***SOUVENT***
1. Ça m'inquiète de me tromper.			
2. J'ai envie de pleurer.			
3. Je me sens triste.			
4. J'ai des difficultés à me décider.			
5. C'est difficile pour moi de faire face à mes problèmes.			
6. Je m'inquiète beaucoup			
7. Je suis bouleversé à la maison.			
8. Je suis timide.			
9. Je me sens tourmenté.			
10. Des pensées peu importantes me tracassent.			
11. L'école m'inquiète.			
12. J'ai des difficultés à décider de ce que je veux faire.			
13. Je m'aperçois que mon coeur bat très vite.			
14. Secrètement j'ai peur.			
15. Je m'inquiète pour mes parents.			
16. Mes mains deviennent moites.			
17. Je m'inquiète de choses qui peuvent arriver.			
18. J'ai des difficultés à m'endormir le soir.			
19. J'ai des sensations bizarres dans mon estomac.			
20. Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi.			

Annexe E

Questionnaire de personnalité JTCI

Dans les pages qui suivent, tu vas trouver des questions avec des propositions qui peuvent décrire tes opinions, idées, intérêts ou sentiments. Il est possible de répondre aux questions par « Oui, tout à fait », « Plutôt oui », « Plutôt non », « Non, pas du tout ».

Lis bien chaque question et fais une croix dans la case de la réponse qui te ressemble le plus. Merci de répondre à toutes les questions, avec un seul choix par question, même si tu n'es pas très sûr de la réponse.

Ne passe pas trop de temps pour réfléchir à chaque réponse. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses, choisis seulement celle qui décrit le mieux tes idées ou tes sentiments en général dans la vie, et pas seulement juste aujourd'hui.

Par exemple, si tu as bien compris comment remplir ce questionnaire, tu peux faire une croix dans la réponse « OUI » comme cela :

J'ai bien compris comment répondre à ce questionnaire.	X OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON

La même chose peut être faite pour « plutôt OUI », « NON » et « plutôt NON ».

Merci d'indiquer avec une croix quel est ton niveau de lecture et de compréhension :

- ☐ Je sais très bien lire, sans aucun problème
- ☐ Je sais bien lire
- ☐ Je ne sais pas très bien lire

Quand j'ai fait une faute, je me fais beaucoup de soucis.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Après une dispute, je me réconcilie facilement.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Souvent, je ne sais pas ce que je veux.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand quelqu'un s'est mal conduit envers moi, je lui rends la monnaie de sa pièce.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je me donne beaucoup de mal pour tout faire aussi bien que possible.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand je veux quelque chose, ça doit être tout de suite.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Mon apparence physique me satisfait.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand je fais des courses, je regarde bien tout ce qu'il y a avant de choisir.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je m'imagine souvent qu'il va m'arriver des problèmes ou que j'ai fait quelque chose de mal	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je ne me sens pas obligé de faire les choses à fond, l'important est que ça aille à peu près.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
J'aimerais bien être très différent de ce que je suis vraiment.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je crois aux miracles.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
J'ai plaisir à faire connaissance avec des personnes nouvelles.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je crois au destin (c'est-à-dire que beaucoup de choses de la vie doivent arriver sans qu'on n'y puisse rien).	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON

Je préfère réfléchir longtemps avant de prendre une décision.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand quelqu'un ne fait pas ou ne comprend pas quelque chose, je m'impatiente vite.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je me sens très intimidé quand je dois rencontrer de nouvelles personnes.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je me sens assez fort pour me débrouiller quoi qu'il arrive.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand je me concentre sur une activité (par exemple peindre ou dessiner), je peux oublier tout ce qui se passe autour de moi.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je cache souvent mes véritables sentiments.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je me décide souvent d'un coup.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je fais très attention à ce que disent ou font les autres pour ne blesser personne.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je crois que tout a un sens profond même si je ne peux pas toujours le comprendre.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand un problème se pose, j'ai beaucoup d'idées pour essayer de le résoudre.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je n'ai souvent aucune envie de faire des efforts.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand je m'énerve, je le montre clairement (en rouspétant fort ou en partant brusquement par exemple).	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je suis quelqu'un de prudent et je fais attention à ce qu'il ne m'arrive rien de mal (à ne pas prendre froid ou me blesser par exemple).	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
J'aide les autres avec plaisir, même quand j'aurais d'autres choses à faire.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je suis souvent très mécontent de moi.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
La plupart des jeux m'ennuient vite.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Ca ne me gênerait pas de chanter en public dans une fête ou de jouer dans une pièce de théâtre.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je suis solitaire.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand j'ai mal traité quelqu'un ou quand je suis en faute, je demande pardon.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
J'aime faire des propositions pour améliorer les choses.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je suis généralement très tendu quand je rencontre des inconnus.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je me montre amical, même avec ceux qui ne m'ont pas bien traité.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
J'aimerais beaucoup faire des choses pour qu'il n'y ait plus de guerre sur terre.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Souvent, je ne sais pas comment faire tout seul.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Une histoire triste me fait souvent moins réagir que les autres.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
En général, je me contente de ce que je dois faire vraiment.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand quelque chose est trop difficile, je laisse tomber.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je demande souvent aux autres comment je dois faire.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je préfère économiser plutôt que de dépenser mon argent tout de suite.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON

Je m'occupe avec plaisir de mes amis quand ils ont des problèmes.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand il y a à faire, j'aide volontiers.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Si quelqu'un ne veut pas participer, il n'a qu'à partir.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je me fatigue vite et j'ai besoin de plus de repos que les autres de mon âge.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je préfère résoudre mes problèmes tout seul.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand je promets quelque chose, je respecte absolument ma promesse.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je ne veux rien avoir à faire avec les gens que je n'aime pas (ni travailler, ni jouer avec eux, etc.).	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Dès que j'ai de l'argent, je le dépense.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Les autres m'entraînent souvent à faire des choses que je ne veux pas (par exemple des gamineries ou des bêtises).	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je crois qu'il existe une force supérieure qui relie ensemble tous les êtres.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je prends vite mes décisions car je n'aime pas attendre.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand je dois faire quelque chose de nouveau, je m'inquiète beaucoup (par exemple j'ai mal au ventre, je ne peux pas dormir).	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je m'inquiète de la pollution de l'environnement.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand je ne peux pas faire ou comprendre quelque chose, je m'acharne jusqu'à ce que ça marche.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Souvent, je ne sais pas quoi faire de ma vie.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je crois que ceux qui aident les autres n'arrivent à rien pour eux-mêmes.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
J'ai souvent peur de choses nouvelles que j'aimerais pourtant faire.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Souvent, je n'y suis pour rien quand je me trouve en difficulté.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je traite tout le monde avec le même respect, que ce soit une femme de ménage ou un directeur.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand j'ai des soucis, je veux en parler avec des amis.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Essayer quelque chose de nouveau me rend nerveux.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je me mets facilement en colère quand quelque chose m'énerve.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je crois que tous les êtres vivants (les plantes et les animaux aussi) ont de la valeur et quelque chose comme une âme.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Il m'arrive souvent de céder pour éviter une dispute.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je ne peux pas m'empêcher de pleurer quand je vois un film triste.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Si quelqu'un propose un projet amusant, j'y participe tout de suite.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand je suis pris dans une activité, je peux oublier complètement le temps qui passe.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
En général, ça m'est égal de savoir si je suis juste envers les autres.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON

J’ai souvent envie tout d’un coup de faire quelque chose de nouveau ou de fou.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je me donne beaucoup de mal pour ne blesser personne dans mon attitude.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
La plupart du temps, j’ai clairement en vue le but que je veux atteindre (par exemple avoir de bons résultats scolaires, de nouveaux amis, ou économiser pour un achat précis).	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Quand je dois faire la connaissance de quelqu’un de nouveau, je m’inquiète longtemps à l’avance.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Si je suis curieux de quelque chose, je me moque des dangers et des interdictions.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
J’aime travailler vite et de manière méthodique.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je ne me raconte pas volontiers.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je crois qu’il m’est arrivé d’être aidé par une force spirituelle (Dieu, ange gardien, etc.).	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
C’est très important pour moi d’avoir beaucoup de bons amis.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
J’offre souvent mon aide quand quelqu’un est en difficulté ou a besoin de quelque chose.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je mets plus de temps que d’autres à me rétablir après une maladie.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Je m’efforce de respecter les règles.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Les événements désagréables ou pénibles me restent longtemps dans la tête.	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON

Annexe F

Problem Questionnaire (PQ)

Sur les pages suivantes, tu trouveras une liste de **préoccupations et difficultés** que les adolescents de ton âge ont identifiées comme étant des problèmes pour eux. Pour toi, certains de ces problèmes sont probablement plus stressants, d'autres le sont moins. Nous aimerions que tu indiques de manière aussi honnête et spontanée que possible si ces problèmes sont stressants pour toi et à quel degré.

J'ai trouvé que ce problème était…	Extrêmement stressant	Très stressant	Moyennement stressant	Peu stressant	Pas stressant du tout
Problèmes liés à l'école					
1. Il y a beaucoup de pression vis-à-vis des notes à l'école	5	4	3	2	1
2. Il n'y a pas de camaraderie en classe, seulement de la compétition	5	4	3	2	1
3. Les relations avec les autres élèves et les professeurs sont surtout impersonnelles (distantes)	5	4	3	2	1
4. Je ne peux pas me servir de ce que l'école me donne à apprendre	5	4	3	2	1
5. Les professeurs ne s'intéressent pas à mes problèmes	5	4	3	2	1
6. Le Baccalauréat paraît si loin	5	4	3	2	1
7. Des différences d'opinion entre mon professeur et moi pourraient entraîner une mauvaise note	5	4	3	2	1
8. Le travail scolaire est trop difficile pour moi	5	4	3	2	1
Problèmes liés au futur					
9. Il est possible que je ne puisse pas accéder à la formation ou à l'université de mon choix	5	4	3	2	1
10. La destruction croissante de l'environnement me chagrine	5	4	3	2	1
11. J'aurai peut-être du mal à combiner mes études et ma vie professionnelle avec le mariage et la famille	5	4	3	2	1
12. Je ne sais pas ce que je ferai quand j'aurai fini mes études	5	4	3	2	1
13. Je ne sais pas quelle est la profession qui me va le mieux	5	4	3	2	1
14. Il se peut que je devienne chômeur	5	4	3	2	1
Problèmes liés à la vie avec les parents à la maison					
15. Mes parents ne comprennent pas bien mes problèmes scolaires	5	4	3	2	1
16. La seule chose qui intéresse mes parents, c'est que j'ai des bonnes notes à l'école	5	4	3	2	1
17. Je me dispute avec mes parents parce que nous n'avons pas les mêmes opinions sur beaucoup de choses	5	4	3	2	1
18. J'aimerais que mes parents me laissent prendre mes décisions moi-même.	5	4	3	2	1
19. Je ne peux pas parler avec mes parents	5	4	3	2	1
20. Mes parents n'approuvent pas mes choix amicaux	5	4	3	2	1
21. Mes parents n'ont pas beaucoup de temps à me consacrer	5	4	3	2	1
22. C'est difficile pour moi de m'adonner à mes propres intérêts car je ne veux pas décevoir mes parents	5	4	3	2	1
23. J'aimerais bien ne pas dépendre autant de mes parents	5	4	3	2	1

Problèmes liés à mes <u>relations avec les jeunes de mon âge</u>					
24. Je n'ai pratiquement pas d'amis	5	4	3	2	1
25. Il m'est difficile d'aller vers les autres	5	4	3	2	1
26. J'ai du mal à combiner mes intérêts avec ceux de mes amis	5	4	3	2	1
27. Je n'ai pas un vrai ami (une vraie amie) avec qui je peux parler de mes préoccupations et problèmes personnels	5	4	3	2	1
28. Certains jeunes ne souhaitent avoir que des contacts superficiels avec moi	5	4	3	2	1
29. Je ne suis pas sûr(e) que les autres vont m'accepter	5	4	3	2	1
30. Je n'aime pas le fait que des personnes extérieures ne puissent pas s'intégrer dans des groupes déjà constitués	5	4	3	2	1
31. Mes camarades sont souvent très têtus et intolérants les uns vis-à-vis des autres	5	4	3	2	1
32. Je ne consacre pas assez de temps à mes amis	5	4	3	2	1
Problèmes liés aux <u>loisirs</u>					
33. Je suis souvent incapable de démarrer une activité	5	4	3	2	1
34. Je n'ai pas assez d'argent pour mes activités de loisir	5	4	3	2	1
35. Entre les choses que je dois à faire pour l'école et la maison, je n'ai pas assez de temps libre	5	4	3	2	1
36. Pendant mon temps libre, je passe trop de temps à regarder la télé, à surfer sur internet ou à jouer à des jeux vidéo	5	4	3	2	1
37. Je traîne souvent dans la rue parce qu'il n'y a pas assez de structures de loisir pour les adolescents de mon âge	5	4	3	2	1
38. Mes parents essayent d'influencer la manière dont je passe mon temps de loisir	5	4	3	2	1
39. Je n'ai personne avec qui partager mon temps libre	5	4	3	2	1
40. Je n'aime pas savoir qu'il y a toutes ces possibilités de loisir que je ne peux pratiquer que rarement.	5	4	3	2	1
Problèmes liés aux <u>relations avec les personnes du sexe opposé</u>					
41. Je n'ai pas de petit ami/ petite amie	5	4	3	2	1
42. Je me sens peu sûr(e) de moi quand je suis avec une personne de l'autre sexe	5	4	3	2	1
43. J'ai peur de perdre mes ami(e)s si je me retrouve en couple avec un petit ami/une petite amie	5	4	3	2	1
44. Je me sens parfois obligé de faire semblant, juste pour faire plaisir à mon petit ami/ma petite amie	5	4	3	2	1
45. J'ai peur de blesser mon petit ami/ma petite amie, parce que je ne sais pas bien ce qu'il/elle ressent	5	4	3	2	1
46. J'ai beaucoup de mal à établir une relation amoureuse vraiment égale et équilibrée	5	4	3	2	1
47. Mes attentes et désirs sexuels ne concordent pas avec ceux de mon petit ami/ma petite amie	5	4	3	2	1
48. J'ai peur que ma jalousie ne détruise mes relations amoureuses	5	4	3	2	1
Problèmes liés à <u>moi-même</u>					
49. Je me sens incompris(e) par presque tout le monde	5	4	3	2	1
50. Même des choses insignifiantes me mettent en rage	5	4	3	2	1
51. Je ne suis pas satisfait(e) de mon apparence	5	4	3	2	1
52. Je me sens souvent triste et découragé(e)	5	4	3	2	1
53. J'ai du mal à parler avec les autres de ce que je ressens	5	4	3	2	1
54. Je suis différent de mes ami(e)s	5	4	3	2	1
55. Je ne suis pas content(e) de mes comportements, de mes traits de caractère et de mes capacités	5	4	3	2	1

56. Je n'arrive pas à dire quoique ce soit en présence des autres	5	4	3	2	1
57. Je me sens coupable de plusieurs choses que j'ai faites	5	4	3	2	1
58. J'aimerais découvrir ce que je veux vraiment	5	4	3	2	1
59. Je trouve difficile de vivre conformément à mes propres décisions	5	4	3	2	1
60. Tout ce qui est nouveau me fait peur	5	4	3	2	1

Annexe G

Coping Across Situations Questionnaire (CASQ)

Nous voulons savoir ce que tu fais quand tu as des problèmes dans les quatre domaines suivants :
1. **l'école, 2. tes parents, 3. les jeunes de ton âge ; 4. ton avenir.**
Commence par « l'école » et inscris toutes les stratégies que tu utilises habituellement quand tu as un problème en rapport avec l'école. Et puis continue avec « les parents », et ainsi de suite.

Quand un problème survient dans un domaine → / Je fais la chose suivante ↓	**Ecole**	**Parents**	**Jeunes de mon âge**	**Avenir**
1. Je discute du problème avec mes parents ou d'autres adultes				
2. Je parle tout de suite du problème dès qu'il apparaît, et je ne me fais pas trop de souci				
3. J'essaie d'avoir de l'aide de divers centres ou établissements (centre de conseil professionnel, centre de guidance spécialisé pour adolescents…)				
4. Je m'attends au pire				
5. J'accepte mes limites				
6. J'essaie de parler du problème avec la personne concernée				
7. Je me comporte comme si tout allait bien				
8. J'essaie de sortir mon agressivité (ex : en me défoulant, en faisant du sport, écoutant de la musique très forte, en allant me promener en moto, en dansant de façon intensive etc.)				
9. Je ne m'inquiète pas parce qu'en général tout finit par aller bien				
10. Je réfléchis au problème et j'essaie de trouver différentes solutions				
11. Je fais des compromis, des concessions (arrangements)				
12. Je sors toute ma colère ou mon désespoir en criant, en pleurant, en claquant les portes, etc.				
13. Je me dis qu'il y aura toujours des problèmes				
14. Je ne pense au problème que lorsqu'il apparaît				
15. Je cherche des informations (des réponses) sur internet, dans des revues, des encyclopédies ou des livres				
16. J'essaie de ne pas penser au problème				
17. J'essaie d'oublier le problème avec de l'alcool ou des drogues				
18. J'essaie d'avoir de l'aide et du réconfort d'autres personnes qui sont dans une situation semblable				
19. J'essaie de résoudre le problème avec l'aide de mes amis				
20. Je me retire (je m'éloigne) de la situation car je ne peux rien changer de toute façon				
21. Mes croyances/ma spiritualité m'aident				

Annexe H1

Sexe de l'enfant: M F

Niveau scolaire :

Date de remplissage du formulaire

Vous trouverez ci-dessous des indications décrivant les comportements d'enfants ou les problèmes qu'ils ont parfois. Lisez chaque indication attentivement, décidez du degré dont votre enfant souffrirait de ce problème durant la dernière semaine, et entourez la réponse la plus proche.

Questionnaire rempli par Père Mère

	Pas du tout (jamais, rarement)	Un petit peu (quelquefois)	Beaucoup (souvent, fréquemment)	Enormément (vraiment souvent)
1. Inattentif, facilement distrait	0	1	2	3
2. En colère et rancunier	0	1	2	3
3. Difficulté à faire ou terminer un devoir	0	1	2	3
4. Agité, a toujours besoin de faire quelque chose	0	1	2	3
5. Durée limitée d'attention	0	1	2	3
6. Insolent avec les grandes personnes	0	1	2	3
7. Se tortille, ne tient pas en place	0	1	2	3
8. Ne termine pas ce qu'il a commencé	0	1	2	3
9. Difficulté à tenir dans les magasins	0	1	2	3
10. Rancunier ou vindicatif	0	1	2	3
11. Perd son sang froid	0	1	2	3
12. A besoin de surveillance attentive pour accomplir son travail	0	1	2	3
13. Ne prête attention que si c'est quelque chose qui l'intéresse	0	1	2	3
14. Court ou grimpe partout dans les situations où cela est inapproprié	0	1	2	3
15. Problème de fixation de l'attention, distractibilité	0	1	2	3
16. Irritable	0	1	2	3
17. Evite, est réticent ou a des difficultés à s'engager dans des tâches qui nécessitent un effort soutenu (tâches scolaires ou domestiques)	0	1	2	3
18. Ne tient pas en place	0	1	2	3
19. Est distrait quand on lui donne des instructions pour faire quelque chose	0	1	2	3
20. N'obéit pas ou refuse de se soumettre aux demandes des adultes	0	1	2	3
21. A du mal à se concentrer en classe	0	1	2	3
22. A du mal à rester en rang ou a attendre son tour lors de jeux ou dans les situations de groupe	0	1	2	3
23. Se lève en classe ou dans des situations où il est supposé rester assis	0	1	2	3
24. Fait exprès de déranger les autres	0	1	2	3
25. Ne suit pas les instructions et n'arrive pas à terminer les devoirs, son travail (non par opposition ni parce qu'il n'a pas compris les instructions)	0	1	2	3
26. A du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou dans les activités de loisirs	0	1	2	3
27. Se décourage facilement lorsqu'un effort est nécessaire	0	1	2	3

Annexe H2

Sexe de l'enfant: M F

Niveau scolaire :

Date de remplissage du formulaire

Ci-dessous, vous trouverez des problèmes que les enfants posent à l'école. Veuillez évaluer chaque point en fonction du comportement de l'enfant au cours de la dernière semaine.
A chaque thème demandez-vous « à quel point ce fut un problème durant cette dernière semaine ? » et entourez la réponse la plus proche.
Si ce point n'a été aucunement, pas du tout ou peu fréquemment un problème, entourez le chiffre 0
Par contre, s'il le fut très souvent ou fréquemment, entourez le chiffre 3
Vous entourerez le chiffre 1 ou 2 pour les réponses intermédiaires.
Veuillez répondre à tous les points

	Pas du tout (jamais, rarement)	un petit peu (quelquefois)	beaucoup (souvent, fréquemment)	énormément (vraiment souvent)
1. Est inattentif, facilement distrait……..	0	1	2	3
2. Est colérique et rancunier……	0	1	2	3
3. Fait des mouvements et se tortille……...	0	1	2	3
4. Oublie les choses apprises……..	0	1	2	3
5. Embète les autres…….	0	1	2	3
6. Défie les adultes ou refuse de leur obéir…….	0	1	2	3
7. Bouge sans arrêt ou ne tient pas en place……	0	1	2	3
8. A une orthographe faible…….	0	1	2	3
9. Ne reste pas en place……	0	1	2	3
10. Rancunier ou vindicatif…….	0	1	2	3
11. Se lève en classe ou dans d'autres situations où rester assis est éxigé...	0	1	2	3
12. Bouge sans arrêt ses mains ou ses pieds, se tortille en étant assis…….	0	1	2	3
13. Est en dessous de la moyenne pour la lecture……	0	1	2	3
14. A une durée d'attention réduite…….	0	1	2	3
15. Se dispute avec les adultes…….	0	1	2	3
16. Fait attention seulement si quelque chose l'intéresse beaucoup……	0	1	2	3
17. A de la peine à attendre son tour……	0	1	2	3
18. Manque d'interêt pour le travail scolaire……...	0	1	2	3
19. Est distrait ou manque vite d'attention……..	0	1	2	3
20. A des crises de colère, un comportement imprévisible, explosif……	0	1	2	3
21. Court ou grimpe de façon excessive dans des situations qui ne s'y prêtent pas……..	0	1	2	3
22. Est faible en mathématique……..	0	1	2	3
23. Interrompt ou dérange les autres (ex : s'impose dans les conversations ou les jeux)……	0	1	2	3
24. Est rarement calme dans des activités de jeux ou de loisirs……...	0	1	2	3
25. Ne finit pas ce qu'il a commencé ……..	0	1	2	3
26. Ne suit pas les instructions et ne termine pas ses devoirs scolaires ou son travail (non par opposition ou parce qu'il ne comprend pas les instructions)……	0	1	2	3
27. Est nerveux, impulsif……	0	1	2	3
28. Est agité, ne tient pas en place……...	0	1	2	3

Annexe I

Nous vous demandons de remplir ce questionnaire en vous basant sur vos observations du comportement de l'enfant, vous avez la possibilité de nuancer votre réponse en répondant soit par jamais, quelquefois ou souvent.
Nous vous remercions vivement de votre précieuse collaboration.

	JAMAIS	QUELQUEFOIS	SOUVENT
Agressivité verbale :			
Fait beaucoup de bruit, crie de colère			
Lance des insultes personnelles de petite portée, par exemple : "Vous êtes stupides ! »			
Parle vulgairement; dans sa colère utilise un langage grossier; fait des menaces modérées envers les autres ou lui (elle)-même.			
Fait clairement des menaces de violence envers les autres ou lui-même (par exemple : "Je vais te tuer") ou demande à être aidé pour se contrôler.			
Agressivité physique envers les objets :			
Claque les portes, disperse ses vêtements, fait du désordre			
Jette des objets par terre, donne des coups de pied dans les meubles sans les casser, abîme les murs.			
Casse des objets, fracasse des fenêtres.			
Met le feu, jette des objets de façon dangereuse.			
Agression physique envers soi-même :			
Se pique ou s'arrache la peau, se frappe, s'arrache les cheveux (sans s'infliger de lésions, ou sinon des lésions bénignes).			
Se heurte violemment la tête, frappe du poing les objets, se jette par terre ou sur les objets (se fait mal, mais les lésions sont bénignes).			
Petites coupures ou ecchymoses ou brûlures (lésions modérées).			
Se mutile, se fait de larges entailles, se mord jusqu'au sang, lésion(s) interne(s),fracture(s), se casse les dents, perte de connaissance (lésions graves).			
Agression physique envers autrui :			
Fait des gestes menaçants, tourne autour des gens, s'agrippe aux vêtements d'autrui.			
Frappe, donne des coups de pied, pousse, tire les cheveux d'autrui (sans causer de lésion).			
Attaque les autres causant des lésions minimes ou modérées (ecchymoses, foulures, contusions).			
Attaque les autres causant des lésions graves (fractures, déchirures profondes, lésions internes)			

Annexe J

Tests de Khi² partiels sur les prévalences des différentes situations familiales dans chaque profil comportemental en milieu scolaire

			Profil comportemental						
			Neutre	Non violents neutres	Violents neutres	Alcool occasion	Antisociaux modérés	Alcool/ antisociaux sévères	Poly-Tabac régulier/ antisociaux très sévères
SITUATION FAMILIALE	Parents en couple	Effectif	149_a	91_a	55_a	86_a	157_a	64_a	65_a
		Effectif théorique	136.0	81.7	60.8	94.2	154.3	73.9	66.0
		%	**71,6%**	**72,8%**	**59,1%**	**59,7%**	**66,8%**	**56,6%**	**64,4%**
		Résidu standardisé	1.1	1.0	-.7	-.8	.2	-1.2	-.1
	Parents séparés/ divorcés	Effectif	57_a	33_a	35_a	51_a	71_a	43_a	33_a
		Effectif théorique	65.9	39.6	29.5	45.6	74.7	35.8	32.0
		%	**27,4%**	**26,4%**	**37,6%**	**35,4%**	**29,8%**	**38,1%**	**32,7%**
		Résidu standardisé	-1.1	-1.0	1.0	.8	-.4	1.2	.2
	Décès d'un parent	Effectif	1_a	1_a	2_a	6_a	4_a	4_a	3_a
		Effectif théorique	4.3	2.6	1.9	3.0	4.9	2.3	2.1
		%	**0,5%**	**0,8%**	**2,2%**	**4,2%**	**1,7%**	**3,5%**	**3,0%**
		Résidu standardisé	-1.6	-1.0	.1	1.8	-.4	1.1	.6
	Famille d'accueil	Effectif	1_a	0_a	1_a	1_a	4_a	2_a	0_a
		Effectif théorique	1.8	1.1	.8	1.3	2.1	1.0	.9
		%	**0,5%**	**0,0%**	**1,1%**	**0,7%**	**1,7%**	**1,8%**	**0%**
		Résidu standardisé	-.6	-1.1	.2	-.2	1.3	1.0	-.9

Chaque lettre en indice indique un sous-ensemble de Profil comportemental catégories dont les proportions de colonne ne diffèrent pas de manière significative les unes des autres au niveau .05.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	24.186[a]	18	**.149**
Rapport de vraisemblance	26.092	18	.098
Association linéaire par linéaire	7.757	1	.005
Nombre d'observations valides	1020		

a. 14 cellules (50.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .82.

Annexe K

Tests de Khi² partiels sur les prévalences des collégiens issus d'établissement en zone d'éducation prioritaire dans chaque profil comportemental en milieu scolaire

			Profil comportemental						
			Neutre	Non violents neutres	Violents neutres	Alcool occasion	Antisociaux modérés	Alcool/ antisociaux sévères	Poly-Tabac régulier/ antisociaux très sévères
Zone d'éducation prioritaire	Non	Effectif	161_a	102_a	77_a	126_a	192_a	92_a	82_a
		Effectif théorique	169.2	102.5	76.4	117.1	192.8	91.9	82.1
		%	**77,4%**	**81,0%**	**81,9%**	**87,5%**	**80,9%**	**81,4%**	**81,2%**
		Résidu standardisé	-.6	.0	.1	.8	-.1	.0	.0
	Oui	Effectif	47_a	24_a	17_a	18_a	45_a	21_a	19_a
		Effectif théorique	38.8	23.5	17.6	26.9	44.2	21.1	18.9
		%	**22,6%**	**19,0%**	**18,1%**	**12,5%**	**19,1%**	**18,6%**	**18,8%**
		Résidu standardisé	1.3	.1	-.1	-1.7	.1	.0	.0

Chaque lettre en indice indique un sous-ensemble de Profil comportemental catégories dont les proportions de colonne ne diffèrent pas de manière significative les unes des autres au niveau .05.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	5.772[a]	6	**.449**
Rapport de vraisemblance	6.044	6	.418
Association linéaire par linéaire	.934	1	.334
Nombre d'observations valides	1023		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 17.55.

Annexe L

Tests de Khi² partiels sur les prévalences des redoublants dans chaque profil comportemental en milieu scolaire

			Profil comportemental						
			Neutre	Non violents neutres	Violents neutres	Alcool occasion	Antisociaux modérés	Alcool/ antisociaux sévères	Poly-Tabac régulier/ antisociaux très sévères
REDOUBLEMENT	Non	Effectif	179_a	108_a	81_a	122_a	$181_{a,b}$	70_b	$72_{a,b}$
		Effectif théorique	165.5	100.2	74.8	114.6	188.5	89.9	79.5
		%	**86,1%**	**85,7%**	**86,2%**	**84,7%**	**76,7%**	**61,9%**	**72,0%**
		Résidu standardisé	1.1	.8	.7	.7	-.5	-2.1	-.8
	Oui	Effectif	29_a	18_a	13_a	22_a	56_b	43_b	28_b
		Effectif théorique	42.5	25.8	19.2	29.4	48.5	23.1	20.5
		%	**13,9%**	**14,3%**	**13,8%**	**15,3%**	**23,3%**	**38,1%**	**28,0%**
		Résidu standardisé	-2.1	-1.5	-1.4	-1.4	**1.1**	**4.1**	**1.7**

Chaque lettre en indice indique un sous-ensemble de Profil comportemental catégories dont les proportions de colonne ne diffèrent pas de manière significative les unes des autres au niveau .05.

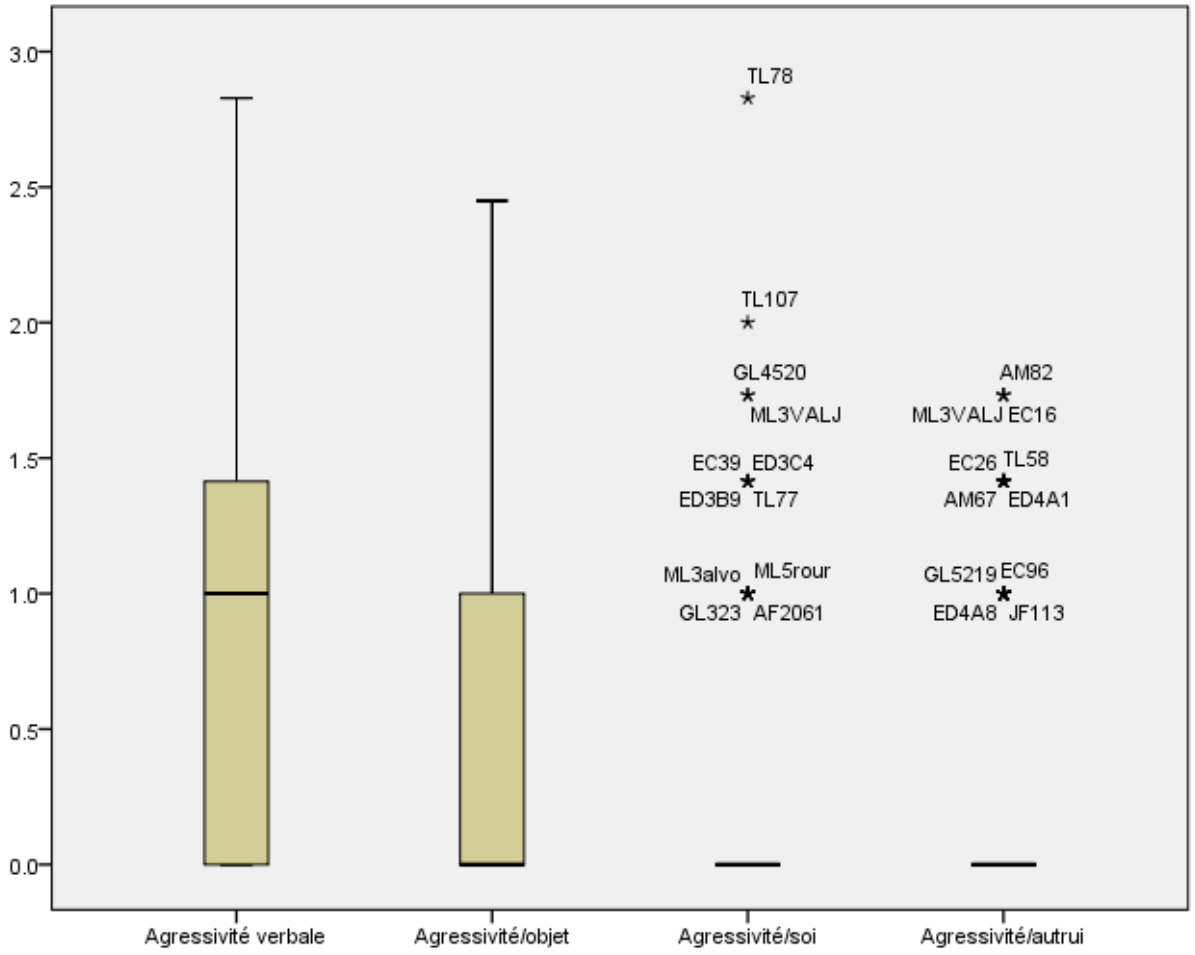
Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	39.758[a]	6	.000
Rapport de vraisemblance	37.508	6	.000
Association linéaire par linéaire	26.771	1	.000
Nombre d'observations valides	1022		

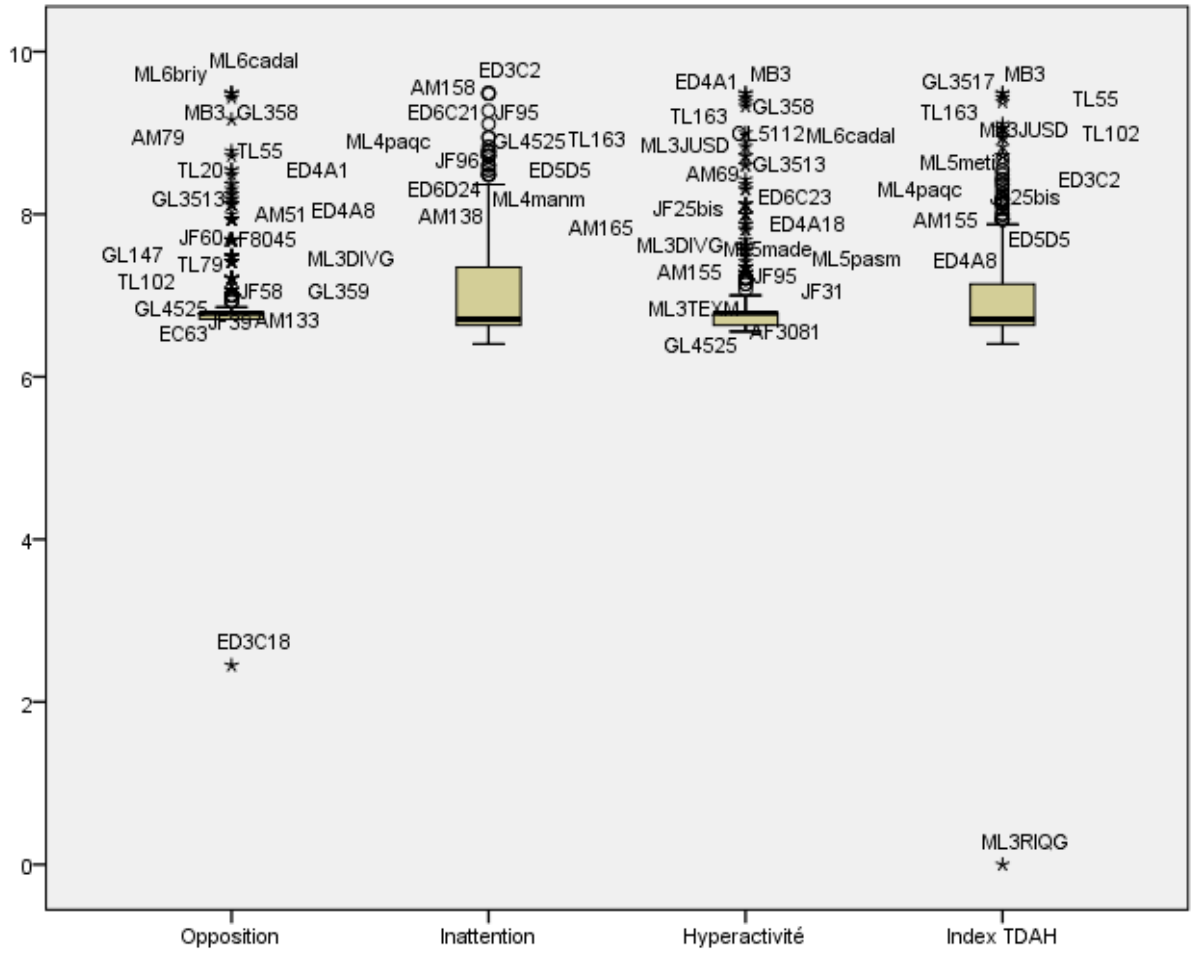
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 19.22.

Annexe M

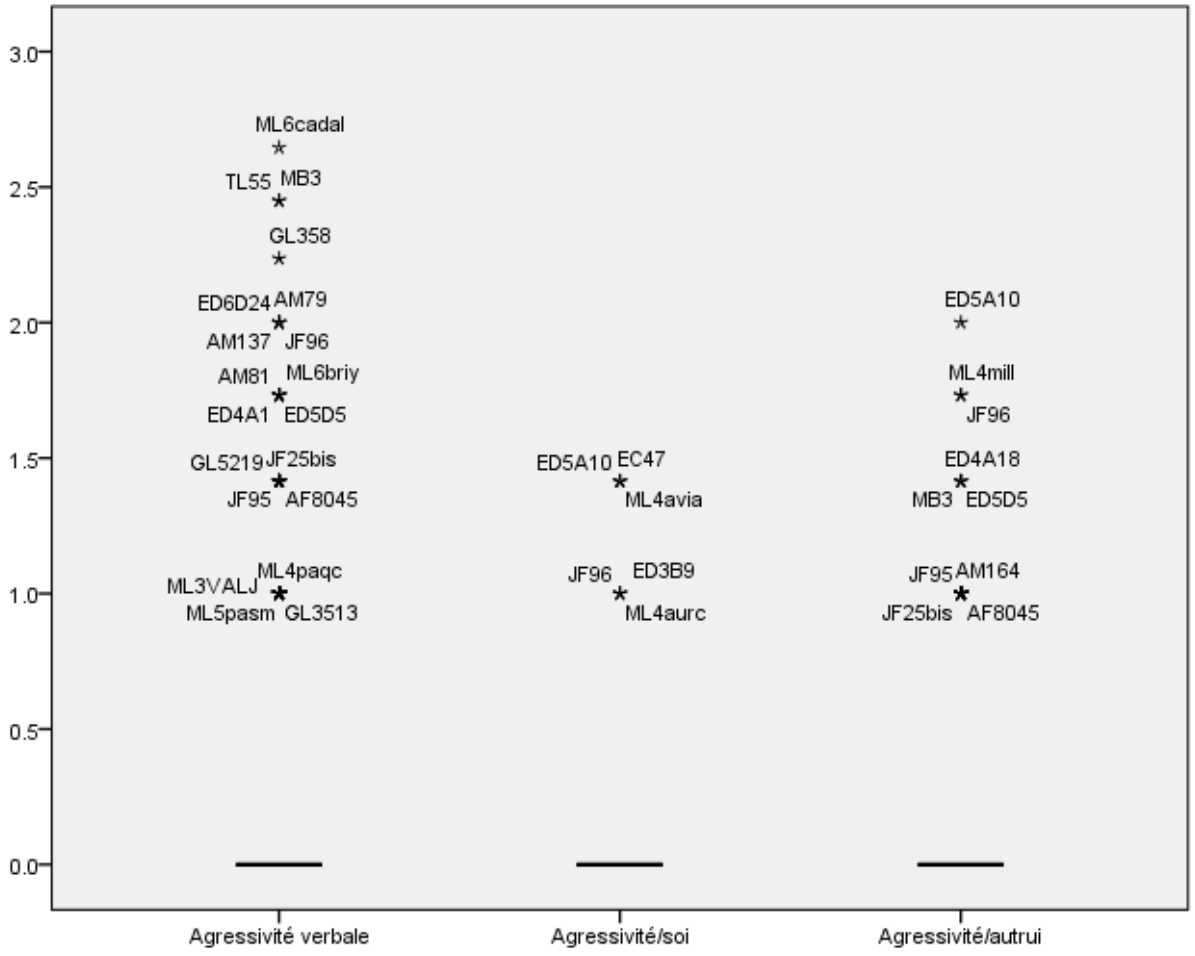
Valeurs aberrantes des scores à l'OAS rempli par les parents en milieu scolaire



Valeurs aberrantes des scores à la Conners remplie par les enseignants en milieu scolaire

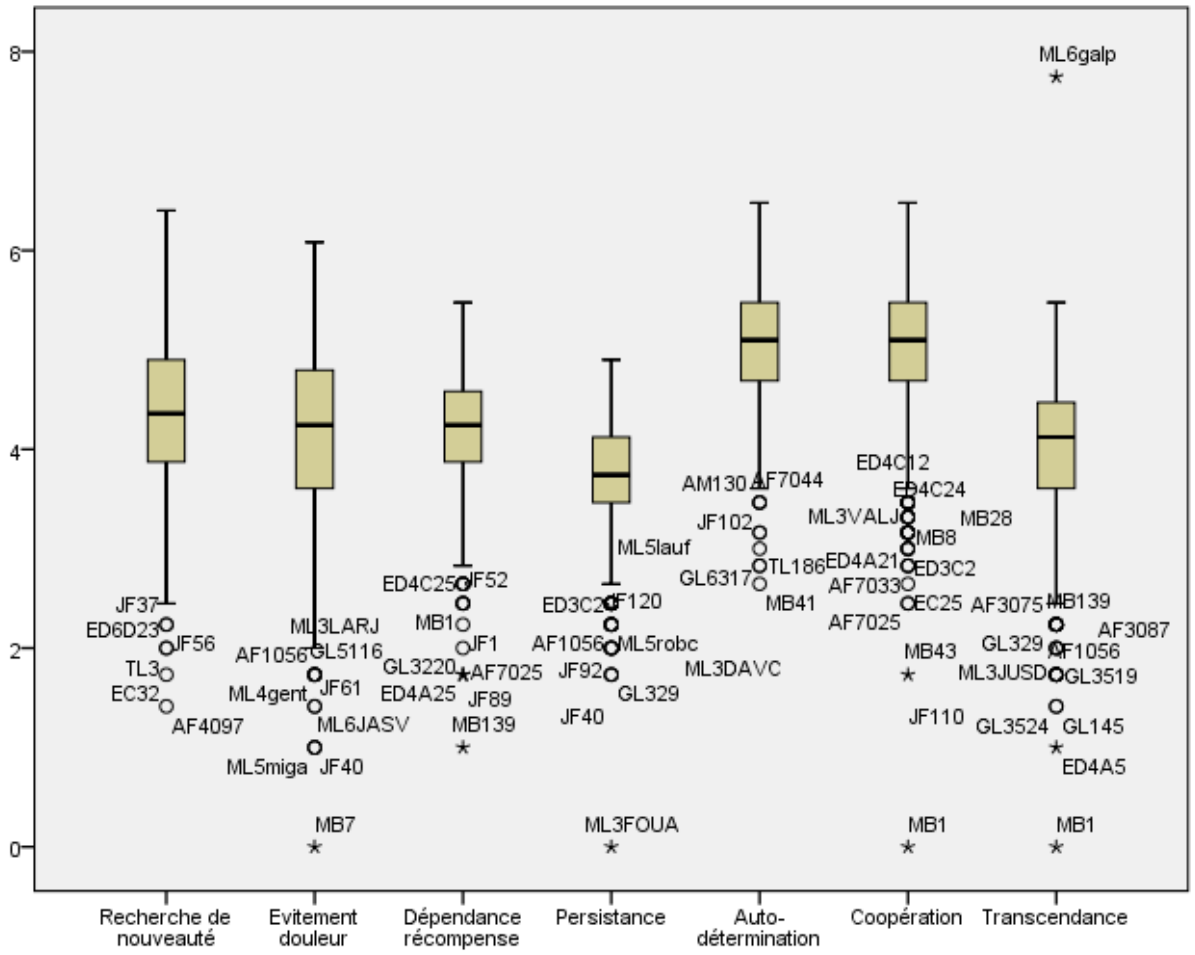


Valeurs aberrantes des scores à l'OAS rempli par les enseignants en milieu scolaire



Annexe N

Valeurs aberrantes des scores au JTCI rempli par les collégiens en milieu scolaire



Annexe O

Prévalence des contextes de consommation selon l'âge d'expérimentation pour le profil « Alcool/Antisociaux sévères » en milieu scolaire

Age expérimentation alcool			Effectifs	Pourcentage
9ans	Valide	En famille	18	**64.3**
		Avec des amis	4	14.3
		Les deux	4	14.3
	Manquante	Système manquant	2	7.1
	Total		28	100
10ans	Valide	En famille	14	**70**
		Avec des amis	1	5
		Les deux	3	15
	Manquante	Système manquant	2	10
	Total		20	100
11ans	Valide	En famille	11	**52.4**
		Avec des amis	5	23.8
		Les deux	5	23.8
	Total		21	100
12ans	Valide	En famille	11	**47.8**
		Avec des amis	6	26.1
		Les deux	6	26.1
	Total		23	100
13ans	Valide	En famille	3	33.3
		Avec des amis	4	44.4
		Les deux	2	22.2
	Total		9	100
14ans	Valide	En famille	4	36.4
		Avec des amis	2	18.2
		Les deux	4	36.4
		Total	10	90.9
	Manquante	Système manquant	1	9.1
	Total		11	100
16ans	Valide	Avec des amis	1	100

Annexe P

Entretien diagnostique semi-structuré Kiddie-SADS

Informateur :

Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : sub-clinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Episode actuel	Episode passé	Catégorie
1. Difficulté à soutenir l'attention (école, jeux)	0 1 2 3	0 1 2 3	A
2. Distractibilité	0 1 2 3	0 1 2 3	A
3. Difficulté à rester assis	0 1 2 3	0 1 2 3	B
4. Impulsivité	0 1 2 3	0 1 2 3	B

Items Supplément			
1. Fait beaucoup de fautes d'inattention	0 1 2 3	0 1 2 3	A
2. N'écoute pas	0 1 2 3	0 1 2 3	A
3. Difficultés à suivre les instructions	0 1 2 3	0 1 2 3	A
4. Difficultés à organiser les tâches	0 1 2 3	0 1 2 3	A
5. Aversion/évitement des tâches nécessitant de l'attention	0 1 2 3	0 1 2 3	A
6. Perd ses objets	0 1 2 3	0 1 2 3	A
7. Oublis fréquents dans la vie quotidienne	0 1 2 3	0 1 2 3	A
8. Agitation	0 1 2 3	0 1 2 3	B
9. Court ou grimpe de façon excessive	0 1 2 3	0 1 2 3	B
10. Monté sur ressorts	0 1 2 3	0 1 2 3	B
11. Difficultés à jouer tranquillement	0 1 2 3	0 1 2 3	B
12. Répond intempestivement (avant que la question ne soit complètement posée)	0 1 2 3	0 1 2 3	B
13. Difficultés à attendre son tour	0 1 2 3	0 1 2 3	B
14. Interrompt ou s'impose	0 1 2 3	0 1 2 3	B
15. Change d'activité	0 1 2 3	0 1 2 3	B
16. Parle excessivement	0 1 2 3	0 1 2 3	B
17. S'engage dans des activités physiquement Dangereuses	0 1 2 3	0 1 2 3	B

0 : pas d'information, **1 :** absent, **2** : présent

	Episode actuel	Episode passé
18. Durée d'évolution + 6 mois	0 1 2	0 1 2
19. Début avant 7 ans	0 1 2	0 1 2
20. Retentissement	0 1 2	0 1 2
a. social (pairs)	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2

Trouble oppositionnel avec provocation

0 : pas d'information, **1** : absent , **2** : Sub-clinique , **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Episode actuel	Episode passé
1. Perd son sang-froid	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Se dispute beaucoup avec les adultes	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Transgresse les règles	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3

Items supplément		
1. Facilement contrarié ou en colère	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Fâché ou rancunier (de mauvaise humeur)	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Méchant et vindicatif (se venge)	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Utilise un langage grossier	Critère DSM- IIIR	
5. Fait exprès de contrarier les autres	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Fait porter aux autres la responsabilité de ses propres erreurs	0 1 2 3	0 1 2 3

0 : pas d'information ; **1** : absent ; **2** : présent

	Episode actuel	Episode passé
7. Durée d'évolution + 6 mois	0 1 2	0 1 2
8. Retentissement		
a. social (pairs)	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
9. Présence d'un facteur déclenchant	0 1 2	0 1 2

Critères DSM-IV

	Episode actuel		Episode passé	
1. Au moins quatre items du dépistage et du supplément cotés 3	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 7 est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Au moins deux domaines de retentissement (Item 8) cotés 2	Oui	Non	Oui	Non

Troubles des conduites

0 : Pas d'information, **1** : absent, **2** : sub-clinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Episode actuel	Episode passé
1. Mensonges (dans le but de tromper, d'escroquer)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Ecole buissonnière avant 13 ans	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Provoque les bagarres	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Brutalise, menace, intimide les autres	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Vols Non agressifs (mais de valeur > 30 euros)	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une question ci-dessus est cotée 3.
Coter épisode actuel la période des 6 mois les plus récents.

Items supplément		
1. Vandalisme (casser les objets d'autrui)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Participation à des effractions	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Vols avec agression	0 1 2 3	0 1 2 3
4. A mis le feu	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Reste dehors tard le soir	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Fugue la nuit (ne pas coter si c'est pour éviter des violences physiques ou sexuelles)	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Utilisation d'une arme	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Cruauté physique envers des personnes	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Activités sexuelles sous la contrainte	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Cruauté physique envers des animaux	0 1 2 3	0 1 2 3

0 : pas d'information ; **1** : absent ; **2** : présent

	Episode actuel	Episode passé
11. Retentissement		
a. Social (pairs)	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
12. Durée d'évolution > 6 mois	0 1 2	0 1 2
13. Type « en groupe »	0 1 2	0 1 2
14. Type solitaire agressif	0 1 2	0 1 2
15. Type indifférencié	0 1 2	0 1 2
16. Type début dans l'enfance (< 10 ans)	0 1 2	0 1 2
17. Type début à l'adolescence	0 1 2	0 1 2

	Episode actuel		Episode passé	
1. Au moins 3 items dépistage et supplément cotés 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Au moins deux domaines de retentissement cotés 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Si > 18 ans, absence de TP AS ?	Oui	Non	Oui	Non

Consommation de substances toxiques

Tabac

	Parents		Enfant	
1. A déjà fumé du tabac ?	**Oui**	**Non**	**Oui**	**Non**
2. Si oui, quantité de cigarettes consommées				
a. Usage actuel (nb/j)	---		---	
b. Plus grande quantité (nb/j)	---		---	
3. Age de la première consommation régulière (> 1/j)	---		---	
4. A déjà essayé d'arrêter :	0 1 2		0 1 2	
5. A déjà arrêté	0 1 2		0 1 2	
6. Si oui, plus long arrêt en mois :	---		---	

Alcool

Items dépistage	Episode actuel	Episode passé
1. Age de la première consommation régulière d'alcool	---	**---**
2. Au moins deux boissons alcoolisées par semaine	0 1 2	0 1 2
Si item deux coté 2, poursuivre le dépistage		
1. Quantité en une journée	0 1 2 (> 3 boissons)	0 1 2 (> 3 boissons)
2. Fréquence (J/Sem)	0 1 2 (> 3 boissons)	0 1 2 (> 3 boissons)
3. Préoccupation d'autres personnes à propos de ta consommation d'alcool	0 1 2	0 1 2

Si un des items coté 2, remplir le supplément abus/dépendance

Items supplément		
1. Fréquence (fois/sem)	0 1 2 3 (score maxi > 3/sem)	0 1 2 3
2. Quantité en une fois	0 1 2 3 (> 3 verres/fois)	0 1 2 3
3. Boit plus que prévu	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Conséquences négatives physiques	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Csq négatives comportement dangereux	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Csq négative humeur/colère	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Csq négatives scolaires	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Csq négatives sociales (difficultés relationnelles)		
9. Csq négatives légales (actes antisociaux)	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Avoir été sous l'emprise de l'alcool pur remplir des obligations importantes	0 1 2 3	0 1 2 3
11. Réduction ou abandon activités importantes	0 1 2 3	0 1 2 3
12. Temps passé à boire	0 1 2 3	0 1 2 3
13. Tolérance (boire + pour mêmes effets)	0 1 2 3	0 1 2 3
14. A tenté d'arrêter	0 1 2 3 (1-2 tentatives)	0 1 2 3

	Episode Actuel	Episode passé
15. Symptômes de sevrage	0 1 2	0 1 2
16. Consommation pour éviter sevrage	0 1 2	0 1 2
17. Durée > 1 mois des signes de sevrage	0 1 2	0 1 2

Substances toxiques

Items dépistage	Episode Actuel	Episode passé
1. Consommation de drogues		
a. Cannabis	0 1 2	0 1 2
b. Stimulants	0 1 2	0 1 2
c. Sédatifs/Hypnotiques/AXL	0 1 2	0 1 2
d. Cocaïne	0 1 2	0 1 2
e. Opiacés	0 1 2	0 1 2
f. PCP	0 1 2	0 1 2
g. Hallucinogènes	0 1 2	0 1 2
h. solvants, produits inhalés	0 1 2	0 1 2
i. Autres (ecstasy, kétamine, GHB …)	0 1 2	0 1 2
2. Fréquence (plus grande fréquence pendant les 6 derniers mois) (**0** : pas d'information **; 1** : absent ; **2 :** < 1 fs/ mois ; **3** : > 1 fs/mois		
a. cannabis	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Stimulants	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Sédatifs/Hypnotiques/AXL	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Cocaïne	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Opiacés	0 1 2 3	0 1 2 3
f. PCP	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Hallucinogènes	0 1 2 3	0 1 2 3
h. solvants, produits inhalés	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Autres (ecstasy, kétamine, GHB …)	0 1 2 3	0 1 2 3
j. Poly-intoxication	0 1 2 3	0 1 2 3

Items supplément (à faire remplir pour chaque produit consommé)	Episode Actuel	Episode passé
1. Fréquence par sem (3 : trois fois ou plus)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Consomme plus que prévu	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Csq négatives santé	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Csq négatives comportement dangereux	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Csq négatives psychologiques (humeur)	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Csq négatives occupationnelles	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Csq négatives sociales	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Csq négatives légales	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Etait sous l'emprise du produit pour remplir des obligations importantes	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Activités importantes abandonnées ou réduites à cause de la consommation	0 1 2 3	0 1 2 3
11.Temps passé à consommer	0 1 2 3	0 1 2 3
12. Tolérance	0 1 2 3	0 1 2 3
13. Tentative d'arrêt	0 1 2 3	0 1 2 3
14. Symptômes de sevrage		
15. Consommation pour éviter manque	0 1 2 3	0 1 2 3

16. Durée signes de sevrage (1 mois ou plus)	0 1 2 3	0 1 2 3

Trouble panique

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : sub-clinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Episode Actuel	Episode passé
1. Attaques de panique (coter 3 si + de 4 AP sur 6 mois ou si AXT d'anticipation)	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins la question ci-dessus est cotée 3
Coter épisode actuel la période des 6 mois les plus récents

Items supplément		
1. Souffle coupé	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Vertiges/évanouissement	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Palpitations	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Tremblements ou secousses musculaires	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Sueurs	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Sensations d'étouffement	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Nausées	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Dépersonnalisations/déréalisation	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Sensations d'engourdissement/picotements	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Frissons ou bouffées de chaleur	0 1 2 3	0 1 2 3
11. Douleurs thoraciques	0 1 2 3	0 1 2 3
12. Peur de mourir	0 1 2 3	0 1 2 3
13. Peur de perdre le contrôle	0 1 2 3	0 1 2 3

0 : pas d'information, **1** : non, **2** : oui

14. Stimuli circonscrits	0 1 2	0 1 2
15. Attaques spontanées	0 1 2	0 1 2
16. Au moins une attaque avec 4 symptômes	0 1 2	0 1 2
17. Au moins 4 attaques en 4 semaines	0 1 2	0 1 2
a. Nombre maximum d'AP en un mois		
b. Nombre d'AP de la semaine précédente		
18. Peur d'avoir une nouvelle attaque	0 1 2	0 1 2
19. Au moins une AP avec apparition de 4 symptômes en 10 minutes	0 1 2	0 1 2
20. Agoraphobie (réduction des déplacements, besoin d'un accompagnateur …)	0 1 2	0 1 2
21. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2

Trouble anxiété de séparation

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : sub-clinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Episode actuel	Episode passé
1. Peur qu'un événement catastrophique ne vienne provoquer une séparation	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Peur qu'il n'arrive quelque chose à la principale figure d'attachement	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Refus/réticence à aller à l'école	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Peur de dormir loin de la maison ou de dormir seul (après 4 ans)	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Peur de rester seul à la maison (après 4 ans)	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3

Items supplément		
1. Cauchemars	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Symptômes physiques à la séparation (école)	0 1 2 3	0 1 2 3
3+4. Détresse en anticipation ou au cours de la séparation	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Durée au moins 4 semaines	0 1 2	0 1 2
6. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
7. Facteurs précipitants (spécifier)	0 1 2	0 1 2

Critères DSM-IV anxiété de séparation

1. Au moins trois items dépistage et/ou supplément cotés 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Item 5 coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non

Phobie sociale

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : sub-clinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	**Episode actuel**	**Episode passé**
1. Evitement des contacts sociaux	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Peur des situations sociales	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3

Items supplément		
1. Implication sociale préférentielle avec personnes familières (même si enfants)	0 1 2	0 1 2
2. Durée d'évolution > 6 mois	0 1 2	0 1 2
3. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
d. anxiété sévère/pleurs/colères lors de l'exposition aux stimuli anxiogènes	0 1 2	0 1 2
4. Existence d'un facteur déclenchant (préciser)	0 1 2	0 1 2

Critères DSM-IV Phobie sociale

1. L'item 1 du supplément est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	. Non
2. L'item 2 du supplément est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	. Non
3. Question « d » de l'item 3 est-elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Question « e » de l'item 3 est-elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non

Agoraphobie et phobies spécifiques

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : sub-clinique, **3** : cliniquement significatif

Questionner pour agoraphobie (endroit plein de monde, transports, sur un pont) et pour phobies spécifiques (chiens, chevaux, insectes, hauteurs, ascenseurs, métro, noir ….)

Items dépistage	**Episode actuel**	**Episode passé**
1. Détresse	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Evitement	0 1 2 3	0 1 2 3

Préciser la phobie la plus intense :

Préciser les autres phobies

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

Items supplément		
1. Stimulus phobogène	0 1 2	0 1 2
a. hauteurs	0 1 2	0 1 2
b. obscurité	0 1 2	0 1 2
c. sang	0 1 2	0 1 2
d. chiens	0 1 2	0 1 2
e. autres animaux	0 1 2	0 1 2
f. insectes	0 1 2	0 1 2
g. être seul hors de la maison*	0 1 2	0 1 2
h. foule*	0 1 2	0 1 2
i. grands espaces (aller seul dehors après 10 ans)*	0 1 2	0 1 2
j. transports*	0 1 2	0 1 2
k. ascenseurs*	0 1 2	0 1 2
l. magasins et autres espaces clos (sauf ascenseurs)	0 1 2	0 1 2
m. aller sur un pont ou dans un tunnel	0 1 2	0 1 2
n. autres (préciser)	0 1 2	0 1 2

NB. Les items avec un astérisque sont typiques d'agoraphobie

L'agoraphobie est-elle liée à la crainte d'avoir une AP?	Oui	Non	Oui	Non
2. Reconnaît que les peurs sont excessives	0 1 2		0 1 2	
3. Durée > 6 mois	0 1 2		0 1 2	
4. Retentissement				
a. social	0 1 2		0 1 2	
b. familial	0 1 2		0 1 2	
c. scolaire	0 1 2		0 1 2	
5. Facteur(s) déclenchant(s) (préciser)	0 1 2		0 1 2	

Critères DSM-IV de phobie spécifique

1. L'une des sections de l'item 1 du supplément est-elle cotée 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Les items 1 et 2 du dépistage sont-ils cotés 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. L'item 3 est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Un des sous-items de l'item 4 est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. La peur ou l'évitement sont-ils mieux expliqués par un autre trouble ?	Oui	Non	Oui	Non

Trouble anxiété généralisée

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : sub-clinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	**Episode actuel**	**Episode passé**
1. Préoccupations excessives (et multiples) **concernant l'avenir**	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Plaintes somatiques (pas seulement liées à la séparation)	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Conscience de soi marquée (gêne/regard des autres)	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Tension interne/incapacité à se détendre	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3

Items supplément		
1. Préoccupations concernant une conduite passée	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Souci excessif concernant ses propres compétences	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Besoin excessif de réassurance	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Difficulté à contrôler ses préoccupations	0 1 2	0 1 2
5. Autres symptômes (présents plus d'un jour/2)		
a. tension musculaire, douleurs	0 1 2	0 1 2
b. agitation	0 1 2	0 1 2
c. fatigabilité	0 1 2	0 1 2
d. sensation d'être survolté, à bout	0 1 2	0 1 2
e. difficultés de concentration, de mémoire	0 1 2	0 1 2
f. difficultés d'endormissement, sommeil agité	0 1 2	0 1 2
g. irritabilité	0 1 2	0 1 2
6. Durée > 6 mois	0 1 2	0 1 2
7. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
8. Facteur déclenchant (préciser)	0 1 2	0 1 2

Critères DSM-IV Trouble anxiété généralisée

1. Au moins 4 items cotés 3 parmi les 4 items du dépistage et les items 1-3 du supplément ?	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 4 du supplément est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Une des questions de l'item 5 est-elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. L'item 6 est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Une des questions de l'item 7 est-elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Présence anxiété de séparation, anxiété généralisée, TOC, phobie spécifique, trouble de l' humeur ?	Oui	Non	Oui	Non

Episode de stress-post-traumatique

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** :présent

Evènements traumatiques	
1. accidents de voiture	0 1 2
2. autre accident	0 1 2
3. feu	0 1 2
4. témoin d'une catastrophe	0 1 2
5. témoin d'un crime violent	0 1 2
6. victime d'un crime violent	0 1 2
7. nouvelles traumatiques	0 1 2
8. témoin de violence domestique	0 1 2
9.sévices physiques	0 1 2
10. sévices sexuels	0 1 2
11. autre	0 1 2

Si score 2 faire le supplément

Items dépistage	Episode actuel	Episode passé
1. Pensées ou images récurrentes de l'évènement	0 1 2	0 1 2
2. Efforts pour éviter les pensées ou sentiments associés au traumatisme	0 1 2	0 1 2
3. cauchemars	0 1 2	0 1 2
4. insomnies	0 1 2	0 1 2
5. irritabilité ou accès de colère	0 1 2	0 1 2

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 2.

Items supplément		
1. Jeux répétitifs associés à l'événement/reviviscence	0 1 2	0 1 2
a. sévices sexuels	0 1 2	0 1 2
b. sévices physiques/témoin	0 1 2	0 1 2
2. épisodes dissociatifs, illusions ou hallucinations	0 1 2	0 1 2
a. épisode dissociatif	0 1 2	0 1 2
b. illusion	0 1 2	0 1 2
c.hallucination	0 1 2	0 1 2
3.détresse	0 1 2	0 1 2
4. efforts d'évitement	0 1 2	0 1 2
5. oubli du traumatisme (ou aspect)	0 1 2	0 1 2
6. diminution d'intérêt	0 1 2	0 1 2
7. sentiment de détachement / étrangeté	0 1 2	0 1 2
8. restriction des affects	0 1 2	0 1 2
9.péjoration de l'avenir	0 1 2	0 1 2
10. difficulté de concentration	0 1 2	0 1 2
11. hypervigilance	0 1 2	0 1 2
12. réactions de sursaut exagérées	0 1 2	0 1 2
13.réactions neurovégétatives	0 1 2	0 1 2

14. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
15. durée en semaine		

Critères DSM-IV

	Episode actuel		Episode passé	
1. Au moins 1 des items de reviviscence de dépistage (1 &3) et de suppléments (1, 2a,b,c, 3, 13)	Oui	Non	Oui	Non
2. Au moins 3 items d'évitement de dépistage (2) et de suppléments (4, 5, 6, 7, 8, 9)	Oui	Non	Oui	Non
3. Au moins 2 items de l'activité neurovégétative de dépistage (4, 5) et de supplément (10, 11, 12)	Oui	Non	Oui	Non
4. Durée d'au moins un moins	Oui	Non	Oui	Non
5. Altération du fonctionnement	Oui	Non	Oui	Non

Trouble obsessionnel compulsif

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : sub-clinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Episode actuel	Episode passé
1. Compulsions	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Obsessions	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

Items supplément		
1. Type de compulsion		
a. toucher	0 1 2 3	0 1 2 3
b. compter	0 1 2 3	0 1 2 3
c. nettoyer/laver	0 1 2 3	0 1 2 3
d. vérifier	0 1 2 3	0 1 2 3
e. collectionner/amasser	0 1 2 3	0 1 2 3
f. ranger	0 1 2 3	0 1 2 3
g. programme des activités	0 1 2 3	0 1 2 3
h. recommencer/refaire	0 1 2 3	0 1 2 3
i. autres (préciser)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. But des compulsions (destinées à empêcher un sentiment de malaise ou un événement redouté)	0 1 2	0 1 2
3. Reconnaissance du caractère excessif des compulsions	0 1 2	0 1 2
4. Temps passé > 1 heure	0 1 2	0 1 2
5. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
d. détresse sévère	0 1 2	0 1 2

Items supplément (obsessions)		
1. Contenu des obsessions		
a. contamination, maladie	0 1 2 3	0 1 2 3
b. pensées agressives	0 1 2 3	0 1 2 3
c. pensées nihilistes ou morbides	0 1 2 3	0 1 2 3
d. besoin de symétrie, d'exactitude	0 1 2 3	0 1 2 3
e. phrases/sons/images absurdes	0 1 2 3	0 1 2 3
f. obsessions sexuelles	0 1 2 3	0 1 2 3
g. accumulation/épargne	0 1 2 3	0 1 2 3
h. pensées à caractère religieux	0 1 2 3	0 1 2 3
i. autres (à préciser)	0 1 2 3	0 1 2 3

Items supplément (obsessions suite)		
2. Pensées intrusives/absurdes	0 1 2	0 1 2
3. Tentatives pour chasser les idées	0 1 2	0 1 2
4. Pensées produites par le sujet lui-même (non imposées de l'extérieur)	0 1 2	0 1 2
5. Temps passé > 1 heure/j	0 1 2	0 1 2
6. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
d. détresse sévère	0 1 2	0 1 2

Critères DSM-IV de trouble obsessionnel-compulsif

1. Items 1 et/ou 2 du dépistage coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Item 3 des obsessions coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Item 4 des obsessions coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Item 2 des compulsions coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. L'item 4 ou n'importe quelle section de l'item 5 des compulsions est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
6. L'item 5 ou n'importe quelle section de l'item 6 des obsessions est-il coté 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
7. Les obsessions concernent-elles des problèmes réels ?	Oui	Non	Oui	Non
8. Les obsessions ou compulsions sont-elles en rapport avec un autre trouble ?	Oui	Non	Oui	Non

Episode dépressif majeur

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : sub-clinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Episode actuel	Episode passé
1. Humeur dépressive (>2 sem)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Irritabilité et colère	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Anhédonie, perte des intérêts, démotivation, ennui	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Idées de mort récurrentes	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Idées suicidaires	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Actes suicidaires-sévérité	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Actes suicidaires-morbidité (mise en jeu pronostic somatique)	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Atteintes à l'intégrité physique sans intention suicidaires	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

Items supplément		
1. Manque de réactivité de l'humeur ou irritabilité lors d'événements positifs	0 1 2 3	0 1 2 3
2. L'humeur dysphorique est-elle différente de celle d'une expérience de deuil ?	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Variations nycthémérales de l'humeur		
a. aggravation matinale	0 1 2 3	0 1 2 3
b. aggravation vespérale	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Troubles du sommeil	0 1 2 3	0 1 2 3
a. insomnie d'endormissement	0 1 2 3	0 1 2 3
b. insomnie du milieu de la nuit	0 1 2 3	0 1 2 3
c. insomnie du petit matin	0 1 2 3	0 1 2 3
d. inversion du rythme nycthéméral	0 1 2 3	0 1 2 3
e. sommeil non réparateur	0 1 2 3	0 1 2 3
f. hypersomnie	0 1 2 3	0 1 2 3
5. fatigue, manque d'énergie	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Troubles cognitifs		
a. troubles de la concentration, de l'attention ralentissement idéique (chez THADA, coter si aggravation nette)	0 1 2 3	0 1 2 3
b. indécision		
7. Appétit, poids		
a. diminution de l'appétit	0 1 2 3	0 1 2 3
b. perte de poids (ou prise <1.5 kgs sur 6 mois chez l'enfant entre 5-11 ans)	0 1 2 3	0 1 2 3
c. augmentation de l'appétit	0 1 2 3	0 1 2 3
d. prise de poids	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Troubles psychomoteurs		
a. agitation (chez THADA, coter si aggravation nette)	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Ralentissement	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Image de soi		
a. dévalorisation/mésestime de soi	0 1 2 3	0 1 2 3
b. culpabilité excessive	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Désespoir, vécu d'impuissance	0 1 2 3	0 1 2 3
11. Sensibilité au rejet	0 1 2 3	0 1 2 3

1. Facteur déclenchant	0 1 2	0 1 2
2. Apparition/majoration pendant les règles	0 1 2	0 1 2
3. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2

Critère du trouble dépressif majeur

1. Au moins un des items 1, 2, 3 du dépistage est-il coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Au moins 4 des items 4-10 du supplément et/ou des items 4-5 du dépistage sont-ils cotés 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Durée >2 semaines ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Délire ou hallucinations > 2 sem au premier plan ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Les symptômes sont-ils une réaction normale à un être cher ?	Oui	Non	Oui	Non
6.Les symptômes sont-ils imputables aux effets d'une substance/à une affection médicale générale ?	Oui	Non	Oui	Non

Critères de dépression mélancolique

1. Le patient a-t-il les critères de TDM ?	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 1 du dépistage ou l'item 1 du supplément est-il coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Au moins trois items parmi ceux-ci sont cotés 3 : items supplément 2, 3a, 4c, 7a, 8a, 8b, 9b ?	Oui	Non	Oui	Non

Critère du trouble dysthymique

1. Au moins un des items 1 et 2 du dépistage sont-ils cotés 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 1 ou 2 du dépistage sont-ils plus fréquemment présents qu'absents pendant 1 an au moins ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Durée >2 semaines ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Au moins deux des items suivants sont-ils cotés 3 ? Items de supplément : 4, 5, 6, 7, 9a, 10	Oui	Non	Oui	Non
5. Les critères d'épisode maniaque ou hypomaniaque ont-ils jamais été réunis ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Au cours de la première année d'évolution les critères d'un TDM ont-ils été réunis ?	Oui	Non	Oui	Non
7. Les symptômes sont-ils imputables aux effets d'une substance/à une affection médicale générale ?	Oui	Non	Oui	Non

Critères du trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

1. Réaction à un (ou plusieurs) facteurs de stress dans les 3 mois suivant le début du stress ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Réaction excessive p/r à ce qui est attendu ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Durée inférieure à 6 mois ?	Oui	Non	Oui	Non

Critère du trouble dépressif NS

Symptômes dépressifs ne correspondant ni à un trouble dépressif spécifique ni à un trouble de l'adaptation	Oui	Non	Oui	Non

Caractère saisonnier

1. Critères du TDM ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Lien temporel entre les symptômes et une période particulière de l'année ?	Oui	Non	Oui	Non

Dépression avec caractéristiques atypiques

1. Critères TDM ou T dysthymique ?	Oui	Non	Oui	Non
2. L'item 2 du supplément est-il coté 2 ou 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Au moins deux des items suivants sont-ils cotés 3 ? Item supplément : 4f, 7c, 7d, 8b, 11	Oui	Non	Oui	Non

TDM avec caractéristiques psychotiques

1. Critères TDM ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Symptômes psychotiques au cours de l'évolution du TDM (délire, hallucinations, affects inappropriés/émoussés, catatonie, relâchement des associations) ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Symptômes psychotiques uniquement au cours TDM	Oui	Non	Oui	Non

Trouble schizoaffectif – type dépressif

1. Critères TDM ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Symptômes psychotiques au cours de l'évolution d'un épisode dépressif (délire, hallucinations, affects inappropriés/émoussés, catatonie, relâchement des associations) ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Symptômes psychotiques pendant au moins deux semaines au cours de l'épisode actuel sans symptômes thymiques au premier plan ?	Oui	Non	Oui	Non

Manie

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : sub-clinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Episode actuel	Episode passé
1. Elation, humeur expansive	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Réduction du besoin de sommeil	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Augmentation de l'activité centrée sur un but (seulement si dans un contexte thymique)	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Fuite des idées	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

Items supplément		
1. Mégalomanie	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Logorrhée (Chez THADA coter seulement si variations p/r état de base dans un contexte thymique)	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Troubles du jugement/conduites à risque	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Troubles attentionnels (chez THADA, coter seulement si variations p/r état de base dans un contexte thymique)	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Instabilité motrice	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Etat ne se rapportant pas seulement à l'effet d'alcool ou toxiques	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Durée (coter « 3 » si 4 jours ou plus)	0 1 2 3	0 1 2 3

8. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2
d. hospitalisation (pour manie)	0 1 2	0 1 2
e. autre	0 1 2	0 1 2

Critères DSM-IV Manie

1. L'item 1 du dépistage est-il coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Y a-t-il deux items parmi les suivants qui sont cotés 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Une de sections de l'item 8 est-elle cotée 2 ?	Oui	Non	Oui	Non
4. La période d'élation est-elle supérieure à 7 jours ou a-t-elle nécessité une hospitalisation ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Délire/hallucination pendant au moins deux semaines sans symptomatologie thymique au premier plan ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Symptômes en rapport avec effets pharmacologiques/affection médicale générale ?	Oui	Non	Oui	Non
7. Critères de SZP ou trouble schizophréniforme	Oui	Non	Oui	Non

Critères DSM-IV épisode hypomaniaque

1. L'item 1 du dépistage est-il coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Y-a-t-il deux items parmi les suivants qui sont cotés 3 ? : items 2-4 du dépistage, items 1-5 du supplément.	Oui	Non	Oui	Non
3. L'item 7 est-il coté 3 (au moins 4 jours d'évolution)	Oui	Non	Oui	Non
4. Y–a-t-il une altération marquée du fonctionnement ?	Oui	Non	Oui	Non

Cyclothymie

Nombreux épisodes hypomaniaques et dépressifs (NS) pendant une période d'au moins un an	Oui	Non	Oui	Non

Trouble schizoaffectif – type dépressif

1. Critères épisode maniaque ?	Oui	Non	Oui	Non
2. Symptômes psychotiques au cours de l'évolution d'un épisode maniaque (délire, hallucinations, affects inappropriés/émoussés, catatonie, relâchement des associations) ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Symptômes psychotiques pendant au moins deux semaines au cours de l'épisode actuel sans symptômes thymiques au premier plan ?	Oui	Non	Oui	Non

Critères du trouble bipolaire NS

Symptômes maniaques ou hypomaniaques ne correspondant pas aux troubles bipolaires spécifiques (par ex : un TDM avec un seul épisode hypomaniaque)	Oui	Non	Oui	Non

Sous-types trouble bipolaire

Trouble bipolaire-épisode actuel dépressif	Oui	Non	Oui	Non
Trouble bipolaire-épisode actuel dépressif	Oui	Non	Oui	Non
Trouble bipolaire-épisode actuel dépressif	Oui	Non	Oui	Non
Cycles rapides	Oui	Non	Oui	Non

Tics

0 : pas d'information, **1** : absent, **2** : sub-clinique, **3** : cliniquement significatif

Items dépistage	Episode actuel	Episode passé
1. Tics moteurs (observation + interrogatoire)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Tics vocaux	0 1 2 3	0 1 2 3

Faire le supplément si au moins une des questions ci-dessus est cotée 3.

Items supplément : tics moteurs simples		
1. clignements d'yeux	0 1 2	0 1 2
2. Autres tics de la face	0 1 2	0 1 2
3. Balancement de la tête	0 1 2	0 1 2
4. Secousses des épaules	0 1 2	0 1 2
5. Mouvements des bras	0 1 2	0 1 2
6. Contractions du ventre	0 1 2	0 1 2
7. Mouvements de jambe	0 1 2	0 1 2
8. Autres	0 1 2	0 1 2

Items supplément : tics moteurs complexes		
1. Toucher/tapoter des choses	0 1 2	0 1 2
2. Sauter ou tourner	0 1 2	0 1 2
3. Echopraxies	0 1 2	0 1 2
4. Se frapper	0 1 2	0 1 2
5. Autres	0 1 2	0 1 2

Items supplément : tics vocaux simples		
1. Tousser/renifler/s'éclaircir la gorge	0 1 2	0 1 2
2. Grogner	0 1 2	0 1 2
3. Autres	0 1 2	0 1 2

Items supplément : tics vocaux complexes		
1. Répéter ses propres mots/phrases	0 1 2	0 1 2
2. Répéter les propos des autres	0 1 2	0 1 2
3. Coprolalie	0 1 2	0 1 2
4. Insultes/injures raciales	0 1 2	0 1 2
5. Autres	0 1 2	0 1 2

6. Retentissement		
a. social	0 1 2	0 1 2
b. familial	0 1 2	0 1 2
c. scolaire	0 1 2	0 1 2

Critères DSM-IV Syndrome de Gilles de la Tourette

1. Présence de tics moteurs multiples et de tics vocaux (pas forcément ensemble)	Oui	Non	Oui	Non
2. Tics presque chaque jour, souvent dans la journée ou par intermittence pendant un an ou plus ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Début avant 18 ans ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Au moins un domaine de l'item 6 coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Intervalles libres < 3 mois	Oui	Non	Oui	Non
6. Absence de cause organique/pharmacologique	Oui	Non	Oui	Non

Critères DSM-IV Tics chroniques moteurs ou vocaux

1. Présence de tics moteurs multiples ou de tics vocaux	Oui	Non	Oui	Non
2. Tics presque chaque jour, souvent dans la journée ou par intermittence pendant un an ou plus ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Début avant 18 ans ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Au moins un domaine de l'item 6 coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
5. Intervalles libres < 3 mois	Oui	Non	Oui	Non
6. Absence de cause organique/pharmacologique	Oui	Non	Oui	Non

Critères DSM-IV Tics transitoires moteurs ou vocaux

1. Présence de tics moteurs multiples ou de tics vocaux	Oui	Non	Oui	Non
2. Tics presque chaque jour, souvent dans la journée mais moins de 12 mois consécutifs ?	Oui	Non	Oui	Non
3. Début avant 18 ans ?	Oui	Non	Oui	Non
4. Durée minimale d'évolution quatre semaines	Oui	Non	Oui	Non
5. Au moins un domaine de l'item 6 coté 3 ?	Oui	Non	Oui	Non
6. Absence de critères du SGT ou des tics chroniques	Oui	Non	Oui	Non

Annexe Q

Tests de Khi² partiels sur les prévalences des différentes situations familiales dans chaque profil comportemental en milieu psychiatrique

			Profil comportemental				
			Neutre	Non violents neutres	Antisociaux sévères	Alcool occasion/ antisociaux modérés	Poly-Tabac régulier/ antisociaux très sévères
SITUATION FAMILIALE	Parents en couple	Effectif	16_a	17_a	14_a	16_a	20_a
		Effectif théorique	17.9	16.4	17.4	12.9	18.4
		%	**44,4%**	**51,5%**	**40,0%**	**61,5%**	**54,1%**
		Résidu standardisé	-.4	.1	-.8	.9	.4
	Parents séparés/divorcés	Effectif	19_a	15_a	18_a	8_a	16_a
		Effectif théorique	16.4	15	15.9	11.8	16.8
		%	**52,8%**	**45,5%**	**51,4%**	**30,8%**	**43,2%**
		Résidu standardisé	.6	.0	.5	-1.1	-.2
	Décès d'un parent	Effectif	1_a	1_a	2_a	2_a	1_a
		Effectif théorique	1.5	1.4	1.5	1.1	1.6
		%	**2,8%**	**3,0%**	**5,7%**	**7,7%**	**2,7%**
		Résidu standardisé	-.4	-.3	.4	.9	-.4
	Famille d'accueil	Effectif	0_a	0_a	1_a	0_a	0_a
		Effectif théorique	.2	.2	.2	.2	.2
		%	**0,0%**	**0,0%**	**2,9%**	**0,0%**	**0,0%**
		Résidu standardisé	-.5	-.4	1.7	-.4	-.5

Chaque lettre en indice indique un sous-ensemble de profils comportementaux dont les proportions de colonne ne diffèrent pas de manière significative les unes des autres au niveau .05.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	8.928[a]	12	**.709**
Rapport de vraisemblance	8.302	12	.761
Association linéaire par linéaire	.522	1	.470
Nombre d'observations valides	167		

a. 10 cellules (50.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .16.

Annexe R

Tests de Khi² partiels sur les prévalences des redoublants dans chaque profil comportemental en milieu psychiatrique

			Profil comportemental				
			Neutre	Non violents neutres	Antisociaux sévères	Alcool occasion/ antisociaux modérés	Poly-Tabac régulier/ antisociaux très sévères
REDOUBLEMENT	Non	Effectif	24_a	22_a	21_a	17_a	18_a
		Effectif théorique	21.9	20.0	21.3	16.4	22.5
		%	**66,7%**	**66,7%**	**60,0%**	**63,0%**	**48,6%**
		Résidu standardisé	.5	.4	-.1	.1	-.9
	Oui	Effectif	12_a	11_a	14_a	10_a	19_a
		Effectif théorique	14.1	13.0	13.8	10.6	14.5
		%	**33,3%**	**33,3%**	**40,0%**	**37,0%**	**51,4%**
		Résidu standardisé	-.6	-.5	.1	-.2	1.2

Chaque lettre en indice indique un sous-ensemble de profils comportementaux dont les proportions de colonne ne diffèrent pas de manière significative les unes des autres au niveau .05.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	3.348[a]	4	**.501**
Rapport de vraisemblance	3.313	4	.507
Association linéaire par linéaire	2.515	1	.113
Nombre d'observations valides	168		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 10.61.

Annexe S

Tests de Khi² partiels sur les prévalences des différents niveaux scolaires dans chaque profil comportemental en milieu psychiatrique

			Profil comportemental				
			Neutre	Non violents neutres	Antisociaux sévères	Alcool occasion/ antisociaux modérés	Poly-Tabac régulier/ antisociaux très sévères
NIVEAU SCOLAIRE	6ème	Effectif	7_a	8_a	8_a	5_a	1_a
		Effectif théorique	6.3	5.7	5.9	4.7	6.4
		%	**19,4%**	**24,2%**	**23,5%**	**18,5%**	**2,7%**
		Résidu standardisé	.3	.9	.9	.1	-2.1
	5ème	Effectif	$10_{a, b}$	$8_{a, b}$	14_b	$4_{a, b}$	4_a
		Effectif théorique	8.6	7.9	8.1	6.5	8.9
		%	**27,8%**	**24,2%**	**41,2%**	**14,8%**	**10,8%**
		Résidu standardisé	.5	.0	2.1	-1.0	-1.6
	4ème	Effectif	9_a	8_a	5_a	8_a	12_a
		Effectif théorique	9.1	8.3	8.6	6.8	9.3
		%	**25,0%**	**24,2%**	**14,7%**	**29,6%**	**32,4%**
		Résidu standardisé	.0	-.1	-1.2	.5	.9
	3ème	Effectif	6_a	6_a	5_a	5_a	7_a
		Effectif théorique	6.3	5.7	5.9	4.7	6.4
		%	**16,7%**	**18,2%**	**14,7%**	**18,5%**	**18,9%**
		Résidu standardisé	-.1	.1	-.4	.1	.2
	2nde	Effectif	4_a	1_a	1_a	2_a	7_a
		Effectif théorique	3.2	3.0	3.1	2.4	3.3
		%	**11,1%**	**3,0%**	**2,9%**	**7,4%**	**18,9%**
		Résidu standardisé	.4	-1.1	-1.2	-.3	2.0
	1ère	Effectif	0_a	2_a	0_a	1_a	4_a
		Effectif théorique	1.5	1.4	1.4	1.1	1.6
		%	**0,0%**	**6,1%**	**0,0%**	**3,7%**	**10,8%**
		Résidu standardisé	**-1.2**	**.5**	**-1.2**	**-.1**	**2.0**
	Terminale	Effectif	0_a	0_a	0_a	2_a	1_a
		Effectif théorique	.6	.6	.6	.5	.7
		%	**0,0%**	**0,0%**	**0,0%**	**7,4%**	**2,7%**
		Résidu standardisé	-.8	-.8	-.8	2.2	.4
	Autre (apprentissage)	Effectif	0_a	0_a	1_a	0_a	1_a
		Effectif théorique	.4	.4	.4	.3	.4
		%	**0,0%**	**0,0%**	**2,9%**	**0,0%**	**2,7%**
		Résidu standardisé	-.7	-.6	.9	-.6	.8

Chaque lettre en indice indique un sous-ensemble de profils comportementaux dont les proportions de colonne ne diffèrent pas de manière significative les unes des autres au niveau .05.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	40.652[a]	28	**.058**
Rapport de vraisemblance	45.398	28	.020
Association linéaire par linéaire	13.579	1	.000
Nombre d'observations valides	167		

a. 22 cellules (55.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .32.

Annexe T

Tests de Khi² partiels sur les prévalences des patients traités dans chaque profil comportemental en milieu psychiatrique

			Profil comportemental				
			Neutre	Non violents neutres	Antisociaux sévères	Alcool occasion/ antisociaux modérés	Poly-Tabac régulier/ antisociaux très sévères
TRAITEMENT	Non	Effectif	9_a	11_a	7_a	6_a	3_a
		Effectif théorique	7.8	7.1	7.3	5.8	8.0
		%	25,0%	33,3%	20,6%	22,2%	8,1%
		Résidu standardisé	.4	1.5	-.1	.1	-1.8
	Oui	Effectif	27_a	22_a	27_a	21_a	34_a
		Effectif théorique	28.2	25.9	26.7	21.2	29.0
		%	**75,0%**	**66,7%**	**79,4%**	**77,8%**	**91,9%**
		Résidu standardisé	-.2	-.8	.1	.0	.9

Chaque lettre en indice indique un sous-ensemble de profils comportementaux dont les proportions de colonne ne diffèrent pas de manière significative les unes des autres au niveau .05.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	6.942[a]	4	**.139**
Rapport de vraisemblance	7.594	4	.108
Association linéaire par linéaire	4.350	1	.037
Nombre d'observations valides	167		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5.82.

Annexe U

Tests de Khi² partiels sur les prévalences des différentes durées de traitement dans chaque profil comportemental en milieu psychiatrique

			Profil comportemental				
			Neutre	Non violents neutres	Antisociaux sévères	Alcool occasion/ antisociaux modérés	Poly-Tabac régulier/ antisociaux très sévères
DUREE TRAITEMENT	Un jour à un mois	Effectif	15_a	11_a	8_a	6_a	21_a
		Effectif théorique	12.7	10.3	12.2	9.9	16
		%	**55,6%**	**50,0%**	**30,8%**	**28,6%**	**61,8%**
		Résidu standardisé	.7	.2	-1.2	-1.2	1.3
	Un mois à trois mois	Effectif	2_a	3_a	4_a	3_a	2_a
		Effectif théorique	2.9	2.4	2.8	2.3	3.7
		%	**7,4%**	**13,6%**	**15,4%**	**14,3%**	**5,9%**
		Résidu standardisé	-.5	.4	.7	.5	-.9
	Trois mois à six mois	Effectif	1_a	1_a	1_a	1_a	0_a
		Effectif théorique	.8	.7	.8	.6	1.0
		%	**3,7%**	**4,5%**	**3,8%**	**4,8%**	**0,0%**
		Résidu standardisé	.2	.4	.2	.4	-1.0
	Six mois à un an	Effectif	2_a	3_a	7_a	6_a	7_a
		Effectif théorique	5.2	4.2	5.0	4.0	6.5
		%	**7,4%**	**13,6%**	**26,9%**	**28,6%**	**20,6%**
		Résidu standardisé	-1.4	-.6	.9	1.0	.2
	Un an et plus	Effectif	7_a	4_a	6_a	5_a	4_a
		Effectif théorique	5.4	4.4	5.2	4.2	6.8
		%	**25,9%**	**18,2%**	**23,1%**	**23,8%**	**11,8%**
		Résidu standardisé	.7	-.2	.4	.4	-1.1

Chaque lettre en indice indique un sous-ensemble de profils comportementaux dont les proportions de colonne ne diffèrent pas de manière significative les unes des autres au niveau .05.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	14.507[a]	16	**.561**
Rapport de vraisemblance	16.445	16	.422
Association linéaire par linéaire	.033	1	.857
Nombre d'observations valides	130		

a. 14 cellules (56.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .65.

Annexe V

Tests de Khi² partiels sur les prévalences du TDAH dans chaque profil comportemental en milieu psychiatrique

			Profil comportemental				
			Neutre	Non violents neutres	Antisociaux sévères	Alcool occasion/ antisociaux modérés	Poly-Tabac régulier/ antisociaux très sévères
TDAH	Non	Effectif	19_a	17_a	8_a	8_a	19_a
		Effectif théorique	14.8	13.6	14.4	11.1	14.8
		%	52,8%	51,5%	22,9%	29,6%	45,9%
		Résidu standardisé	1.1	.9	-1.7	-.9	1.1
	Oui	Effectif	17_a	16_a	27_b	19_a	17_a
		Effectif théorique	21.2	19.4	20.6	15.9	21.2
		%	**47,2%**	**48,5%**	**77,1%**	**70,4%**	**54,1%**
		Résidu standardisé	-.9	-.8	**1.4**	**.8**	-.9

Chaque lettre en indice indique un sous-ensemble de profils comportementaux dont les proportions de colonne ne diffèrent pas de manière significative les unes des autres au niveau .05.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	10.147[a]	4	.038
Rapport de vraisemblance	10.506	4	.033
Association linéaire par linéaire	1.505	1	.220
Nombre d'observations valides	168		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 11.09.

Tests de Khi² partiels sur les prévalences du TOP dans chaque profil comportemental en milieu psychiatrique

			Profil comportemental				
			Neutre	Non violents neutres	Antisociaux sévères	Alcool occasion/ antisociaux modérés	Poly-Tabac régulier/ antisociaux très sévères
TOP	Non	Effectif	$27_{a, b}$	28_{b}	$15_{a, c}$	10_{c}	$22_{a, b, c}$
		Effectif théorique	21.9	20.0	21.3	16.4	22.5
		%	**75,0%**	**84,8%**	**42,9%**	**37,0%**	**59,5%**
		Résidu standardisé	1.1	1.8	-1.4	-1.6	-.1
	Oui	Effectif	$9_{a, b}$	5_{b}	20_{c}	17_{c}	$15_{a, c}$
		Effectif théorique	14.1	13.0	13.8	10.6	14.5
		%	**25,0%**	**15,2%**	**57,1%**	**63,0%**	**40,5%**
		Résidu standardisé	-1.4	-2.2	**1.7**	**2.0**	**.1**

Chaque lettre en indice indique un sous-ensemble de profils comportementaux dont les proportions de colonne ne diffèrent pas de manière significative les unes des autres au niveau .05.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	22.188[a]	4	.000
Rapport de vraisemblance	23.205	4	.000
Association linéaire par linéaire	7.744	1	.005
Nombre d'observations valides	168		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 10.61.

Tests de Khi² partiels sur les prévalences du TC dans chaque profil comportemental en milieu psychiatrique

			Profil comportemental				
			Neutre	Non violents neutres	Antisociaux sévères	Alcool occasion/ antisociaux modérés	Poly-Tabac régulier/ antisociaux très sévères
TC	Non	Effectif	35_a	31_a	27_a	22_a	28_a
		Effectif théorique	30.6	28.1	29.8	23.0	31.5
		%	75,0%	84,8%	42,9%	37,0%	59,5%
		Résidu standardisé	.8	.5	-.5	-.2	-.6
	Oui	Effectif	1_a	2_a	8_b	$5_{a,\ b}$	9_b
		Effectif théorique	5.4	4.9	5.2	4.0	5.5
		%	**25,0%**	**15,2%**	**57,1%**	**63,0%**	**40,5%**
		Résidu standardisé	-1.9	-1.3	**1.2**	**.5**	**1.5**

Chaque lettre en indice indique un sous-ensemble de profils comportementaux dont les proportions de colonne ne diffèrent pas de manière significative les unes des autres au niveau .05.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	10.835[a]	4	.028
Rapport de vraisemblance	12.548	4	.014
Association linéaire par linéaire	8.563	1	.003
Nombre d'observations valides	168		

a. 2 cellules (20.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4.02.

Tests de Khi² partiels sur les prévalences de l'EDM dans chaque profil comportemental en milieu psychiatrique

			Profil comportemental				
			Neutre	Non violents neutres	Antisociaux sévères	Alcool occasion/ antisociaux modérés	Poly-Tabac régulier/ antisociaux très sévères
EDM	Non	Effectif	16_{a}	$24_{a, b}$	$25_{a, b}$	$20_{a, b}$	29_{b}
		Effectif théorique	24.4	22.4	23.8	18.3	25.1
		%	44,4%	72,7%	71,4%	74,1%	78,4%
		Résidu standardisé	-1.7	.3	.3	.4	.8
	Oui	Effectif	20_{a}	$9_{a, b}$	$10_{a, b}$	$7_{a, b}$	8_{b}
		Effectif théorique	11.6	10.6	11.3	8.7	11.9
		%	**55,6%**	**27,3%**	**28,6%**	**25,9%**	**21,6%**
		Résidu standardisé	**2.5**	-.5	-.4	-.6	-1.1

Chaque lettre en indice indique un sous-ensemble de profils comportementaux dont les proportions de colonne ne diffèrent pas de manière significative les unes des autres au niveau .05.

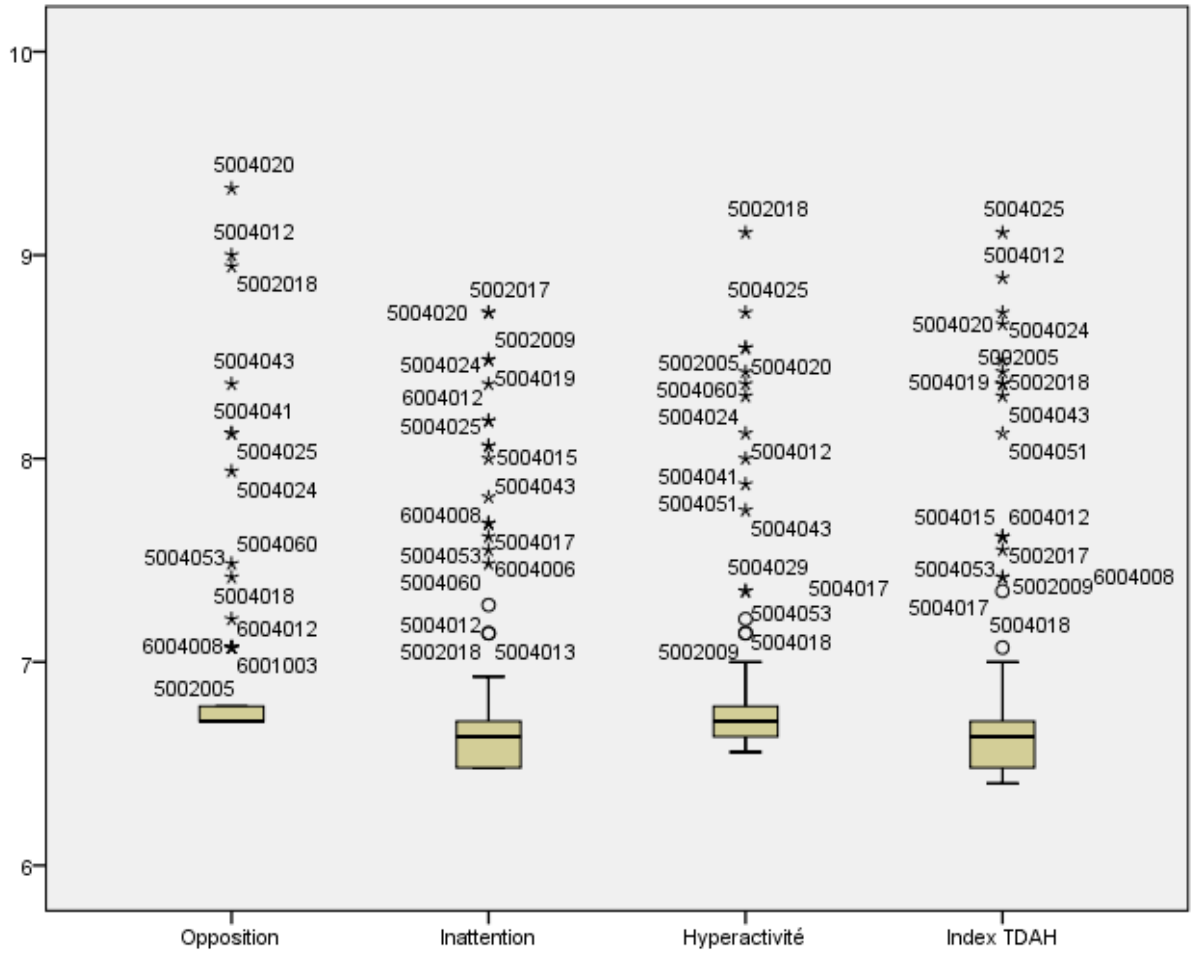
Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	11.967[a]	4	.018
Rapport de vraisemblance	11.439	4	.022
Association linéaire par linéaire	7.910	1	.005
Nombre d'observations valides	168		

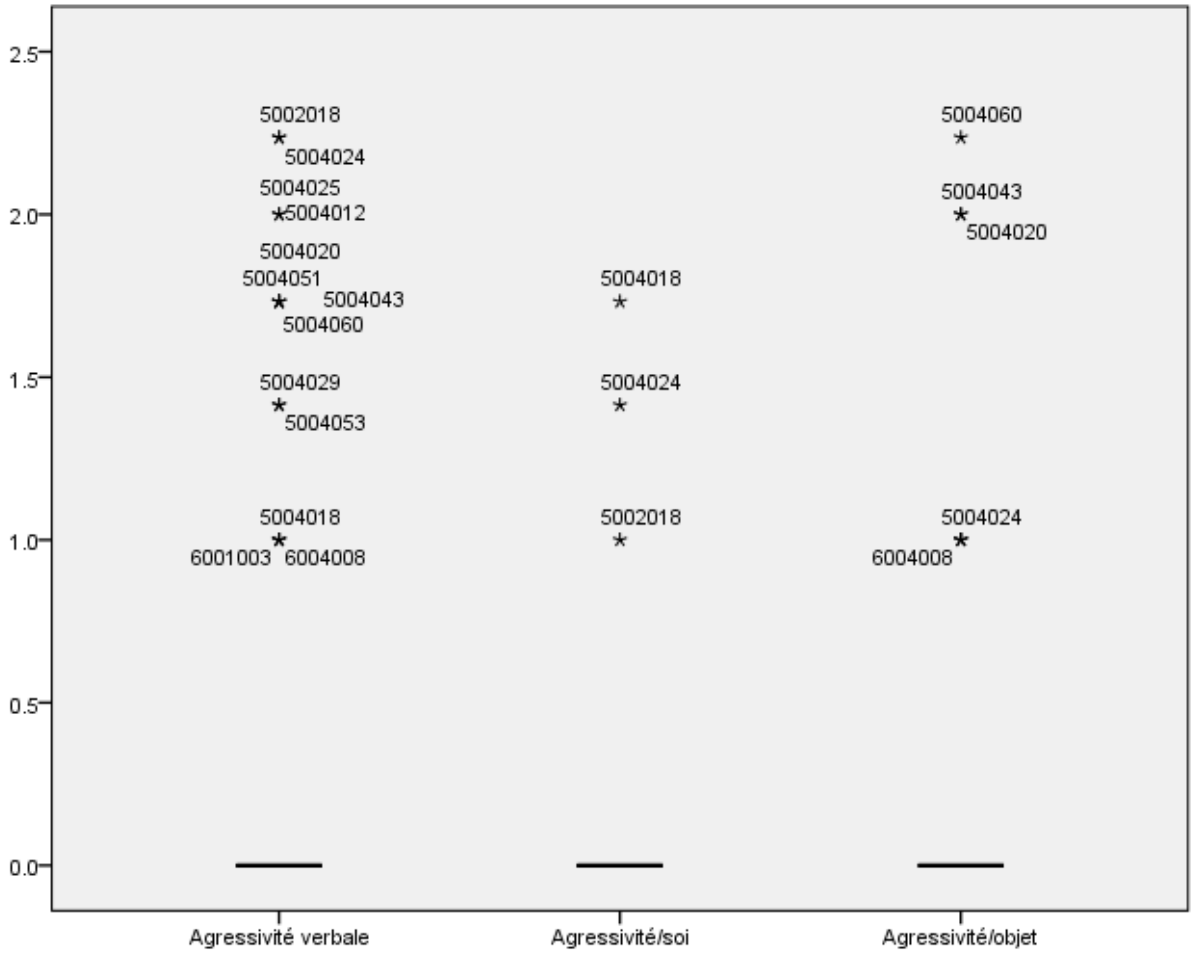
a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 8.68.

Annexe W

Valeurs aberrantes des scores à la Conners remplie par les enseignants en milieu psychiatrique



Valeurs aberrantes des scores à l'OAS rempli par les enseignants en milieu psychiatrique



Annexe X

Valeurs aberrantes des scores au JTCI rempli par les patients en milieu psychiatrique