

## Quels sens donner aux prises de risque ?

---

*Michel Reynaud,  
Psychiatre et chef du département de psychiatrie et  
d'addictologie. Groupe hospitalier universitaire Paul Brousse à  
Villejuif  
Laurent Karila*

---

L'addiction à un produit est définie comme un trouble caractérisé par un processus récurrent, comprenant l'intoxication répétée puis l'installation progressive d'une dépendance s'accompagnant de signes de sevrage et d'un *craving* (1). Le caractère chronique, et l'installation d'un état émotionnel négatif lorsque l'accès au produit est impossible et l'évolution par rechutes sont caractéristiques de ce trouble (2, 3).

Pour mieux comprendre les addictions, pour avoir une action efficace, tant curative que préventive, pour évaluer le risque ou la gravité de ce type de trouble, il convient toujours de prendre en compte les interactions entre un produit, un individu et son environnement (4-6).

### **1. Les modalités de consommation à risque**

---

Certaines modalités de consommation sont fortement corrélées au risque d'installation d'abus ou de dépendance et à l'apparition de dommages psychiatriques, somatiques et sociaux (5).

#### ***1.1. La précocité des consommations***

---

Il est clairement démontré que plus une consommation de substance psychoactive démarre tôt dans la vie, plus le risque d'apparition d'abus et/ou d'installation d'un syndrome de dépendance est important (7).

Plus le nombre de consommation, quelque soit le produit psychoactif, est important, plus le temps d'exposition aux effets du produit est grand au cours de la vie, plus le risque de survenue de complications croît.

## ***1.2. Le cumul des consommations***

---

Les polyconsommations sont un facteur d'aggravation du risque d'intoxication pour toutes les substances psychoactives. Par exemple, les consommations fréquentes de cannabis sont, en général, associées et ont été précédées par la consommation de tabac et d'alcool (8). Le risque est dès lors à la fois pharmacobiologique et psychosocial (5).

## ***1.3. La consommation autothérapeutique***

---

Il est important de connaître les moments de consommation, les heures des dernières prises d'une substance psychoactive, de savoir si l'usage a lieu en groupe ou de manière solitaire et de rechercher un terrain psychopathologique sous-jacent (4).

Différents types de consommations peuvent être individualisées comme étant à visée anxiolytique en soirée ; à début matinal (traduisant souvent la dépendance) ; des consommations régulières, continues et massives pour lutter contre l'ennui, à l'origine des troubles des conduites et du comportement (9).

L'usage solitaire d'un produit psychoactif indique le plus souvent une augmentation de la consommation. Enfin, l'usage à visée anxiolytique, sédatif, antidépresseur du produit semble être révélateur de troubles psychopathologiques sous-jacents chez un certain nombre de sujets (10). Cette dernière modalité doit attirer plus particulièrement l'attention des professionnels de santé.

## ***1.4. La recherche d'excès***

---

L'effet recherché par la consommation fréquente et/ou en quantités élevées d'un produit est celui d'une anesthésie, d'une recherche de « défoncé ». Les ivresses cannabiques, alcooliques, les *binge* cocaïne, par exemple, peuvent être fréquents et importants (5).

## ***1.5. La répétition des consommations***

---

L'impossibilité de ne pas pouvoir consommer et le besoin de consommer quotidiennement, massivement ou non, une substance psychoactive sont des

indicateurs sanitaires majeurs (11). Sortir des conditions habituelles de consommation d'un produit est l'expression d'un risque important (5), la répétition des consommations traduisant l'installation de la pathologie addictive et du *craving*.

## **2. Les facteurs de risque liés au produit**

---

### ***II.1. Le risque de dépendance***

---

Le niveau de dépendance, défini selon le DSM IV TR ou la CIM 10, varie selon les substances psychoactives (12). Les trois substances ayant un pouvoir addictif puissant sont le tabac, l'héroïne et la cocaïne. Pour une faible consommation de ces produits, il est retrouvé une dépendance moyenne ou forte chez 50 à 60% des usagers, alors que pour l'alcool, le cannabis et les amphétamines, le syndrome de dépendance ne concerne que 10% des usagers (6).

### ***II.1. Le risque de complications somatiques, psychologiques et sociales.***

---

Tous les produits psychoactifs entraînent des complications somatiques, psychologiques, sociales à court et à long terme. Même si le tabac peut être considéré comme une exception à cette affirmation, il est à l'origine surtout de complications somatiques à long terme et peut être révélateur de troubles psychologiques lors de l'arrêt de sa consommation (trouble dépressif, tentative de suicide, troubles anxieux...). Certains produits comme l'alcool, la cocaïne, le cannabis peuvent être à l'origine de dommages psychiatriques, somatiques et sociales beaucoup plus rapidement (6).

### ***II.2. Le statut social du produit***

---

Le statut social du produit dépend du caractère licite ou illicite et du type de produit.

Un produit comme l'héroïne ou le crack peut entraîner une marginalisation, une désocialisation, une délinquance et des complications liées aux difficultés à se procurer le produit. La cocaïne est classiquement consommée et acceptée socialement dans certains milieux de la nuit. Enfin, l'acceptation sociale de l'alcool ou du tabac facilite et encourage sa consommation (13).

### **3. Les facteurs de risque individuels**

---

#### ***III.1. Facteurs neurobiologiques et génétiques***

---

Ces facteurs entrent en jeu dans la vulnérabilité aux addictions : perturbations des systèmes dopaminergique, opioïde, noradrénergique, sérotoninergique et corticotrope (14). Le rôle du stress et l'activation de l'axe corticotrope chez l'animal sont des facteurs augmentant la vulnérabilité à la prise de drogues. L'exposition à des événements stressants augmente la prise de produits chez le rat selon un phénomène similaire à celui de la sensibilisation comportementale. Le contact avec ces événements stressants peut être aversif mais en faveur d'une nette sensibilisation à la consommation de drogues. Les variations interindividuelles de sensibilité au stress et l'absence de contrôle dans un environnement donné peuvent entraîner un sujet dans l'addiction aux produits (15). D'autres facteurs de vulnérabilité comme les facteurs génétiques auraient une influence sur le métabolisme et les effets des drogues contribuent au développement de l'addiction (16, 17). Enfin, les interactions gènes - environnement participent de manière indissociable à l'expression de la vulnérabilité aux drogues.

#### ***III.2. Traits de personnalité, tempérament et troubles du comportement***

---

Les différents traits de personnalité pouvant être des facteurs de risque individuels d'installation d'une conduite addictive (18) sont la faible estime de soi, la timidité, l'autodépréciation, les réactions émotionnelles excessives, les difficultés face à certains événements, à avoir des relations stables et à résoudre les problèmes interpersonnels.

Concernant les dimensions de tempérament, un niveau élevé de recherche de sensations, de recherche de nouveauté, de réactivité émotionnelle, un faible évitement du danger, un faible niveau de sociabilité, un retour lent à l'équilibre jouent également un rôle important dans le risque individuel d'installation d'une conduite addictive. Enfin, les troubles du comportement précoces sont fortement corrélés à un abus voire l'installation d'une dépendance à des substances psychoactives chez l'adolescent et chez l'adulte jeune (6).

#### ***III.3. Les événements de vie***

---

Les événements de vie jouent un rôle important dans la vulnérabilité individuelle à consommer des produits de manière addictive. Il peut s'agir d'un deuil, de rupture, de maltraitance, d'abus sexuels (viol, inceste...) (19), de l'absence de domicile fixe, de maladies somatiques graves (20).

### ***III.4. Les comorbidités psychiatriques***

---

L'association de troubles psychiatriques aux conduites addictives, notamment chez les enfants et les adolescents, a fait l'objet de nombreuses études. Cependant, les liens qui les unissent restent complexes (20). La survenue précoce des troubles psychiques peut, selon les études, multiplier par un facteur 2 le risque de développer un abus ou une dépendance à une substance psychoactive. Dans 70% des cas environ, ces troubles précèdent l'apparition de l'abus de substances. Il peut s'agir d'un trouble des conduites, d'une hyperactivité avec déficit de l'attention, de troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire...), de troubles anxieux (TOC, trouble phobique, trouble panique, trouble anxieux généralisé, stress post traumatique....) (21, 22) (23), plus rarement de troubles psychosomatiques et de trouble du comportement alimentaire (24).

Les éléments psychopathologiques liés à un trouble de la personnalité antisociale (25), borderline (26) sont des facteurs individuels facilitant l'installation de conduites addictives.

## **4. Les facteurs de risque environnementaux**

---

### ***IV.1. La famille***

---

Le fonctionnement intrafamilial, les liens familiaux et le style d'éducation parentale de type négligeant, rejetant, permissif jouent un rôle important dans l'installation d'une conduite addictive. De plus, il existe des liens étroits entre une histoire familiale de dépendance à l'alcool ou à d'autres produits psychoactifs et un âge de début précoce des consommations nocives. La tolérance familiale pour l'usage de produits et pour la transgression des règles familiales sont également un facteur de risque de début des consommations de substances chez l'enfant et chez l'adolescent (13). Enfin, les événements de vie familiaux sont également à prendre en compte.

### ***III.2. Les amis***

---

Le rôle des amis (ou pairs) est indiscutable dans l'initiation d'une consommation de tabac, de cannabis, d'alcool ou d'autres drogues (27), les différentes enquêtes annuelles ESCAPAD le montrent bien (28-30). La dimension de transgression des règles prend ici toute sa valeur et le choix du groupe de pairs, où certaines substances sont disponibles, peut jouer un rôle renforçateur. La pression du groupe, la prédisposition de certains sujets à l'usage de drogues, la délinquance, la marginalisation, la représentation du produit par le jeune sont d'importants éléments à prendre en compte.

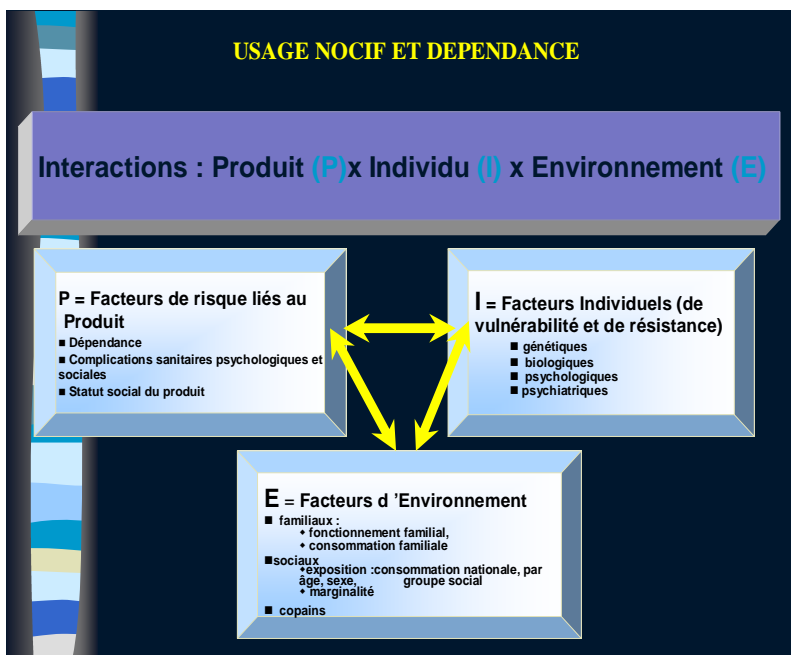
### ***III.3. L'environnement***

---

La perte des repères sociaux tels que le chômage, la misère, la précarité, une cellule familiale éclatée, l'absence de valeurs morales sont d'authentiques facteurs de risque.

La rupture ou l'exclusion scolaire, l'absence d'encadrement pédagogique laissent l'enfant ou l'adolescent livré à lui-même, croisant son chemin avec des pairs déviants et en proie à la recherche de nouveautés. La marginalisation, fracture avec le système social naturel du sujet, est fortement corrélée à l'usage de substances psychoactives (31).

## En résumé



## Références bibliographiques

1. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Goldstein RZ: Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. *Neurobiol Learn Mem* 2002; 78(3):610-24
2. Koob GF: Neurobiology of addiction. Toward the development of new therapies. *Ann N Y Acad Sci* 2000; 909:170-85
3. Goldstein RZ, Volkow ND: Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 2002; 159(10):1642-52
4. Karila L, Couteron J, Reynaud M: Stratégies de repérage et d'évaluation de l'usage nocif de cannabis, in Reynaud M. Cannabis et Santé. Edited by Flammarion. Paris, Flammarion, 2004, pp 153-163
5. Morel A, Reynaud M: Les modalités de consommation à risque, in Usage nocif de substances psychoactives. Paris, La documentation française, 2002, pp 37-44
6. Reynaud M: Usage nocif de substances psychoactives. Paris, La documentation française, 2002
7. Karila L, Legleye S, Donnadieu S, Beck F, Corruble E, Reynaud M: Consommations nocives de produits psychoactifs; résultats

- préliminaires de l'étude ADOTECNO. *Alcoologie et Addictologie* 2004; 26(2):99-109
8. OFDT: Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances. Paris, 368p. 2002
  9. Karila L: Prise en charge des troubles psychiques et des addictions. Paris, J.B. Baillière - La Revue du Praticien, 2005
  10. Vignau J, Karila L: [Substance abuse in adolescents]. *Rev Prat* 2003; 53(12):1315-9
  11. Ledoux S, Sizaret A, Hassler C, Choquet M: Consommation de substances psychoactives à l'adolescence: revue des études de cohorte. *Alcoologie et Addictologie* 2000; 22(1):19-40
  12. DSM-IV: Text Revision - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, Masson, 2005
  13. Beitchman JH, Adlaf EM, Atkinson L, Douglas L, Massak A, Kenaszchuk C: Psychiatric and substance use disorders in late adolescence: the role of risk and perceived social support. *Am J Addict* 2005; 14(2):124-38
  14. Lingford-Hughes A, Nutt D: Neurobiology of addiction and implications for treatment. *Br J Psychiatry* 2003; 182:97-100
  15. Cami J, Farre M: Drug addiction. *N Engl J Med* 2003; 349(10):975-86
  16. Lessov CN, Swan GE, Ring HZ, Khroyan TV, Lerman C: Genetics and drug use as a complex phenotype. *Subst Use Misuse* 2004; 39(10-12):1515-69
  17. Hiroi N, Agatsuma S: Genetic susceptibility to substance dependence. *Mol Psychiatry* 2005; 10(4):336-44
  18. Chakroun N, Doron J, Swendsen J: [Substance use, affective problems and personality traits: test of two association models.]. *Encephale* 2004; 30(6):564-9
  19. Pirard S, Sharon E, Kang SK, Angarita GA, Gastfriend DR: Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2005; 78(1):57-64
  20. Beraud J, Marcelli D, Venisse J, Reynaud M: Les facteurs psychosociaux de risque, de gravité et de protection, in Michel Reynaud: Usage nocif de substances psychoactives. Paris, La documentation française, 2002
  21. Gilder DA, Wall TL, Ehlers CL: Comorbidity of select anxiety and affective disorders with alcohol dependence in southwest California Indians. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28(12):1805-13
  22. Goldberg JF: Bipolar disorder with comorbid substance abuse: diagnosis, prognosis, and treatment. *J Psychiatr Pract* 2001; 7(2):109-22
  23. Reynolds M, Mezey G, Chapman M, Wheeler M, Drummond C, Baldacchino A: Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77(3):251-8

24. Courbasson CM, Smith PD, Cleland PA: Substance use disorders, anorexia, bulimia, and concurrent disorders. *Can J Public Health* 2005; 96(2):102-6
25. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Colliver JD, Grant BF: Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(6):677-85
26. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M: Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364(9432):453-61
27. Jessor R: Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health* 1991; 12:597-605
28. Beck F, Legleye S: Drogues et Adolescence, Usage de drogue et contextes d'usages à la fin de l'adolescence, évolutions récentes, ESCAPAD 2002, France, Paris, OFDT. 2003
29. Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P: Regards sur la fin de l'adolescence: consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000, OFDT, 220 p. 2000
30. Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P: Santé, mode de vie et usages de drogues à 18ans. ESCAPAD 2001, France, Paris, OFDT, 200 p. 2001
31. Durant RH, Knight J, Goodman E: Factors associated with aggressive and delinquent behaviors among patients attending an adolescent medicine clinic. *J Adolesc Health* 1997; 21(5):303-8