

Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 9 novembre 2023

Par Gaëlle BROUARD

État des lieux des pratiques des « jeux d'asphyxie » chez les adolescents scolarisés en Haute-Vienne

Thèse dirigée par Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA

Examineurs :

Mme. Le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG

M. Le Docteur Gaëtan HOUDARD, MCA-MG

Mme. Le Docteur Nadège LAUCHET, MCA-MG

Mme. Le Docteur Léa SEVE, MCA-MG

Mme. Le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA, MCA-MG

Présidente

Juge

Juge

Juge

Membre invitée



Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 9 novembre 2023

Par Gaëlle BROUARD

État des lieux des pratiques des « jeux d'asphyxie » chez les adolescents scolarisés en Haute-Vienne

Thèse dirigée par Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA

Examineurs :

Mme. Le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG

M. Le Docteur Gaëtan HOUDARD, MCA-MG

Mme. Le Docteur Nadège LAUCHET, MCA-MG

Mme. Le Docteur Léa SEVE, MCA-MG

Mme. Le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA, MCA-MG

Présidente

Juge

Juge

Juge

Membre invitée



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION

VINCENT François

PHYSIOLOGIE

YARDIN Catherine

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

KARAM Henri-Hani

MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise

CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GILBERT Guillaume	ANESTHESIE REANIMATION
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CAUDRON Sébatien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE

CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNON Roxane	CHIRURGIE INFANTILE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE ET ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE

SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANSON Amandine	REANIMATION POLYVALENTE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BERTRAND Adeline

RUDELLE Karen

SEVE Léa

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE

Remerciements

Aux membres du jury.

A Mme la Professeure Nathalie DUMOITIER, Professeure Universitaire de Médecine Générale à la faculté de Limoges et médecin généraliste à Limoges.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et l'attention que vous avez bien voulu porter à mon travail. Ainsi que pour tout votre enseignement durant ces années d'internat.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

A Mme la Dr Nadège LAUCHET, Maître de Conférences Associé de Médecine Générale à la faculté de Limoges et médecin généraliste à Limoges.

Merci pour votre disponibilité et vos expériences transmises durant ces heures de cours réalisées à vos côtés pendant cette dernière année.

Soyez assurée de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

A Mme la Dr Léa SEVE, Maître de Conférences Associé de Médecine Générale à la faculté de Limoges et médecin généraliste à Seilhac.

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury, ainsi que le temps que vous aurez passé à vous intéresser à ma thèse.

Soyez assurée de mes respectueuses considérations.

A M. le Dr Gaëtan HOUDARD, Maître de Conférences Associé de Médecine Générale à la faculté de Limoges et médecin généraliste Saint-Victorien.

Je vous remercie pour votre enseignement, merci de siéger à ce jury.

Veillez trouver ici ma sincère reconnaissance.

A ma directrice de thèse, Mme le Dr Coralie BUREAU-YNIESTA, Maître de Conférences Associé de Médecine Générale à la faculté de Limoges et médecin généraliste à Limoges

Merci d'avoir accepté de te lancer à mes côtés dans cette thèse, de m'avoir épaulée et encouragée dans chaque étape. Sans toi, j'aurais sûrement déjà baissé les bras.

Je te remercie infiniment pour ta bienveillance et ton aide dans ce projet.

Aux personnes qui m'ont entourée tout au long de mes stages

A mes maîtres de stage tout au long de cet internat, Dr SERVANT, Dr GOURSAT, Dr DURANT, Dr DE STAUTE, Dr BETTAYEB, Dr COLLET, Dr DOMENGER

Merci d'avoir fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Je ne vous remercierais jamais assez d'avoir été d'aussi bons maîtres de stage.

A Dr Tricart tout particulièrement, quelle chance j'ai eu de te choisir en tuteur pour m'encadrer tout le long de cet internat. Merci de m'avoir, le premier, donné mon envol dans la pratique de la médecine générale.

A l'équipe du Palais-Sur-Vienne, merci de m'avoir si bien accueillie et de me permettre de pouvoir continuer de travailler avec vous.

A toute l'équipe du service des urgences adultes du CHU de Limoges,

Merci d'avoir été à mes côtés pour mes débuts dans cette aventure qu'est l'internat. Je ne regrette pas d'avoir choisi ce service pour mon premier stage, même si les débuts ont été remplis de doutes et d'angoisses. J'ai tant appris à vos côtés et je vous en serai éternellement reconnaissante.

A toute l'équipe du service de médecine de l'hôpital de Saint Léonard De Noblat,

Merci pour ce semestre passé en votre compagnie, une équipe bienveillante et attachante.

A Chloé tout particulièrement, cette magnifique personne sans qui mes journées auraient été beaucoup plus longues et moins gaies, et qui est devenue maintenant mon amie.

A toute l'équipe du service des urgences pédiatriques de l'HME,

Merci pour tout l'enseignement que vous m'avez apporté. Vous m'avez permis d'acquérir tant de savoirs et d'autonomie avec les enfants. Sans ce stage, ma formation n'aurait pas été si complète.

A ma famille,

A vous papa et maman, à qui je dois tout, sans qui rien n'aurait été réalisable. Merci d'avoir cru en moi depuis le début et d'avoir tout fait pour que l'impossible devienne possible. Merci de votre amour, de votre soutien, de votre éducation et de m'avoir accompagnée à devenir la femme que je suis aujourd'hui. Une mention particulière pour maman, pour ces heures indénombrables à m'aider, je ne l'oublierai jamais.

A claire, ma sœur que j'adore, Jamais je n'oublierai tous ces moments à se faire réviser, ces bagarres et cette complicité qui nous lie. Je suis très fière de ton parcours et te souhaite tout le bonheur, que tu mérites tellement.

A mamie Gilou, pour tous ces moments passés avec toi, et pour toutes ces attentions régulières et quotidiennes, je ne saurai te dire autre chose que merci encore et encore. J'ai la meilleure grand-mère que je puisse espérer, tu t'es toujours occupée de moi et te promets de le faire à mon tour pour toi.

A papi Roger, c'est mon plus grand regret, que tu ne sois pas encore à mes côtés pour que je puisse t'annoncer que j'ai enfin réussi, je deviens Docteur. J'imagine à quel point tu aurais été heureux. Tu as toujours été tellement fier de moi. Tu me manques énormément. Je sais que de là où tu es, tu veilles sur moi.

A mes amis,

A Mathilde, mon soutien sans faille de l'internat, je ne te remercierai jamais assez pour ces années d'internat que tu as rendues merveilleuses, pour tous ces appels à s'entraider dans nos consultations, pour toutes ces révisions, pour toutes ces gardes au CHU (on s'en souviendra à vie je crois), pour toutes ces soirées toutes aussi magiques, et surtout pour ton amitié et ta loyauté indétrônable. Je suis fière d'avoir une amie comme toi, et tellement fière de notre parcours, de notre maison, et de tous nos projets à venir.

A Anne charlotte, mon binôme de PACES, celle qui a été mon plus grand soutien et alliée dès le début de mes années de médecine. Merci d'avoir été là, d'avoir rendu toutes ces années magnifiques. Je ne l'oublierai jamais et je suis heureuse qu'on soit devenues de vraies amies à présent. On parlait de cette thèse, cet internat depuis déjà maintenant 10ans et on a réussi ensemble. Je suis fière de nous, fière de toi et je te souhaite tout le bonheur avec Polo.

A Audric, pour ta présence à mes côtés depuis de si nombreuses années, mon plus vieil ami malgré les étapes de la vie, la distance et le temps qui passe. Je sais qu'on sera toujours là l'un pour l'autre et je suis tellement reconnaissante de la vie d'avoir mis une personne comme toi dans ma vie, un ami aussi fidèle.

A Medhi, l'ami d'Alex initialement et pourtant maintenant quel ami pour moi. Depuis déjà plus de 5 ans, et toujours là au quotidien, merci de m'avoir accueillie comme ça et d'être là pour moi dans les bons comme les moins bons moments. Je souhaite à tout le monde d'avoir un ami aussi merveilleux que toi dans sa vie.

A Anne, pour ton amitié sans faille, ton soutien, nos vacances et toutes ces soirées à faire les commères. Je suis heureuse de partager une si belle amitié avec toi. Qu'est-ce que tu peux être chiant mais qu'est-ce que je t'aime.

A Marine, qui l'aurai cru, qu'après tant d'années et tellement de péripéties, tu sois ici à mes côtés aujourd'hui. Nous ne nous sommes jamais lâchées et j'en suis très fière. Continue d'être cette personne si gentille, attentionnée et pleine de vie que tu es. Je te souhaite le meilleur dans ta vie, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel. Tu le mérites, crois en toi comme moi je crois en toi.

A Pauline, pour ta joie de vivre, ton humour, et ta folie qu'on aime tant. J'ai de la chance d'avoir une si belle personne à mes côtés. Je te souhaite tout le bonheur dans tes projets, ton travail, ta maison et ton Sam.

A Alex, alias « bibou », pour ton aide qui a été si précieuse pour moi tout au long de l'internat et encore maintenant, pour tes conseils toujours bienveillants et ton amitié. J'ai beaucoup de chance de t'avoir à mes côtés.

A Marc-Antoine, merci pour le « show » de ces dernières années, pour ta gentillesse et ton amitié infailible en toute circonstance. On s'est rencontrés plus tard mais on a eu tout de suite un vrai feeling et je suis heureuse de te compter à présent dans mes amis proches.

Et enfin, je tiens à remercier particulièrement la personne qui partage ma vie.

A Alex, mon chéri, tu es devenu l'une des personnes les plus importantes de mon quotidien. Merci d'être là, de me soutenir dans chaque épreuve de la vie, de m'écouter pendant des heures sur mes journées de travail, de me conseiller, de comprendre le temps consacré à ces études, de me faire toujours rire, de m'apaiser et de m'aimer tous les jours autant. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ça. Sans toi, ça n'aurait pas été possible. Ces 5 premières années ont été merveilleuses à tes côtés et je ne les oublierai jamais. Je tourne une page de ma vie et je sais que tu seras là pour toutes les nouvelles étapes qui m'attendent. Je suis impatiente de voir ce que la vie nous réserve maintenant, de découvrir le monde avec toi, de continuer de construire notre chez nous et notre famille à nous. Je t'aime.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

APEAS – Association de parents d'enfants accidentés par strangulation

CHU – Centre hospitalier universitaire

Covid 19 – Corona virus disease appeared in 2019

DIU – Diplôme inter universitaire

EVA – échelle visuelle analogique

FMC – Formation médicale continue

INSEE – Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM – Institut national de la santé et de la recherche médicale

MILDT – Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie

QR – Quick réponse

Table des matières

Remerciements	12
Droits d'auteurs	16
Liste des abréviations	17
Table des matières.....	18
Table des illustrations	20
La place des « jeux dangereux » chez les adolescents.....	22
6.1. L'adolescence : une période de bouleversements	22
6.1.1. Définition de l'adolescence	22
6.1.2. Changements physiques – la maturation pubertaire	22
6.1.3. Changements psychologiques – sortir de l'enfance	23
6.1.3.1. Les deuils de l'enfance.....	23
6.1.3.2. L'appréhension du monde des adultes	25
6.1.3.2.1. Modification des repères spatiaux-temporaux	25
6.1.3.2.2. Quête identitaire	25
6.1.3.2.3. Sexualisation des rapports	26
6.1.3.2.4. Emotionnalité débordante.....	27
6.1.3.2.5. Contribution des rites initiatiques.....	27
6.2. La place des conduites à risque à l'adolescence	28
6.2.1. Définition	28
6.2.2. Effets recherchés	29
6.2.2.1. Accéder à sa propre identité	29
6.2.2.2. Appartenir à un groupe de pairs.....	30
6.2.2.3. Rechercher des sensations.....	30
6.2.2.4. Défier son destin, le concept de l'ordalie.....	31
6.3. Les jeux d'asphyxie comme exemple de conduites à risque.....	32
6.3.1. Contextualisation	32
6.3.2. Caractéristiques des « jeux d'asphyxie ».....	34
6.3.3. Exemples de « jeux d'asphyxie.....	35
6.3.4. Connaissances et prévalences des pratiques des « jeux d'asphyxie »	36
6.3.5. Symptomatologie ressentie et signes d'alerte	36
6.3.6. Conséquences psychosomatiques	37
6.3.7. Vulnérabilités psychopathologiques.....	38
Matériel et méthode	40
7.1. Type d'étude.....	40
7.2. Objectifs de l'étude et hypothèse de recherche	40
7.2.1. Objectif principal	40
7.2.2. Objectif secondaire	40
7.3. Élaboration du questionnaire.....	40
7.4. Considérations éthiques et autorisations nécessaires	41
7.5. Population de l'étude	41
7.6. Déroulement de l'enquête	42
7.7. Saisie et exploitation des données	43
7.8. Bibliographie.....	43
Résultats	44

8.1. Données socio-démographiques	44
8.2. Connaissances des adolescents sur les « jeux d'asphyxie »	46
8.3. Délivrance d'un message de prévention	47
8.4. Pratiques des adolescents participants aux « jeux d'asphyxie »	49
8.5. Analyses en sous-groupes	54
Discussion	60
9.1. Forces et justifications de l'étude	60
9.2. Limites de l'étude	60
9.3. Analyse de l'étude dans le contexte	61
9.3.1. Discussion de la méthode (validité interne)	61
9.3.2. Discussion sur la population enquêtée	62
9.3.3. Discussion sur les résultats (validité externe)	62
9.3.3.1. Discussion sur les caractéristiques des joueurs	62
9.3.3.2. Discussion sur les messages de prévention	64
9.4. Perspectives	65
9.4.1. Améliorer les connaissances sur le phénomène	65
9.4.2. Une prévention à adapter à la personnalité même de l'adolescent	66
9.4.2.1. Expliquer sans diaboliser	66
9.4.2.2. Intervenir précocement	66
9.4.2.3. Mettre en place des approches interactives en milieu scolaire	67
9.4.3. Une place incontournable des parents	67
9.4.4. Un rôle clé du médecin généraliste	68
9.4.4.1. Sensibiliser le corps médical	68
9.4.4.2. Accentuer la prévention par les médecins généralistes	68
9.4.4.2.1. Instaurer une consultation adaptée	69
9.4.4.2.2. Réussir à conduire l'échange	69
9.4.4.2.3. Mobiliser son environnement	69
Conclusion	71
Références bibliographiques	72
Annexes	76
Serment d'Hippocrate	86

Table des illustrations

Figure 1 : Michel G « Les jeux dangereux et violents », La Revue du praticien – Médecine générale, tome XXIII, 822, Mai 2009.....	33
Figure 2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	45
Figure 3 : Répartition des adolescents en fonction du sexe et de la connaissance des "jeux d'asphyxie"	46
Figure 4 : Moyens de découvertes des "jeux d'asphyxie"	46
Figure 5 : Proposition de participation.....	47
Figure 6: Sources d'informations de prévention sur la pratique des « jeux dangereux »	48
Figure 7 : Souhait concernant la délivrance d'informations de prévention en fonction du sexe	48
Figure 8 : Caractéristiques des connaissances des adolescents sur les « jeux d'asphyxie »	49
Figure 9: Répartition des adolescents en fonction du sexe et de leur participation aux "jeux d'asphyxie"	49
Figure 10 : Âge du début des pratiques des "jeux d'asphyxie"	50
Figure 11 : Répartition des lieux où se déroulent les "jeux d'asphyxie"	50
Figure 12 : Nombre de participation aux "jeux d'asphyxie"	51
Figure 13 : Buts recherchés dans la pratique des « jeux d'asphyxie »	52
Figure 14 : Sensations ressenties pendant les "jeux d'asphyxie"	52
Figure 15 : Caractéristiques des pratiques des "jeux d'asphyxie".....	53
Figure 16 : Répartition des joueurs et non-joueurs en fonction du nombre d'heures de colles	54
Figure 17 : Répartition des joueurs et non-joueurs en fonction des pratiques des conduites à risque	55
Figure 18 : Répartition des joueurs et non-joueurs en fonction fumeurs et non-fumeurs de tabac	55
Figure 19 : Répartition des joueurs et non-joueurs selon la pratique d'une activité pouvant mettre soi-même ou autrui en danger	56
Figure 20 : Répartition des joueurs et non-joueurs en fonction de ceux ayant eu une proposition de participation	57
Figure 21 : Répartition des joueurs et non-joueurs selon la présence d'un joueur dans leur entourage	57
Figure 22 : Répartition des joueurs et non joueurs selon la délivrance ou non d'un message de prévention	58
Figure 23 : Résumé des analyses en sous-groupe à la recherche d'éventuels facteurs prédictifs.....	59

Introduction

Les conduites à risque sont devenues un fléau majeur avec l'adolescent en première ligne. La littérature scientifique est d'ailleurs florissante sur cette question. Elle permet notamment d'identifier les différentes conduites à risque privilégiées des adolescents comme les troubles alimentaires (anorexie, boulimie), la vitesse, la consommation de drogues et d'alcools, les comportements antisociaux, les rapports sexuels non protégés, ou encore les tentatives de suicide. Pourtant, les « jeux dangereux » sont oubliés dans la plupart des études.

Dans les cours de récréation ou encore sur les réseaux sociaux, les pratiques des « jeux dangereux » et plus particulièrement des « jeux d'asphyxie » connaissent un essor grandissant. Les adolescents qui s'y adonnent, se mettent fréquemment en scène sur internet, ce qui contribue à normaliser et diffuser ce type de comportements. Cette sorte de banalisation fait passer ces pratiques pour des jeux anodins et en masque les dangers pourtant réels.

Malheureusement, la littérature scientifique reste excessivement pauvre sur ce sujet. On compte moins de 50 références internationales sur les vingt dernières années, portant sur les « jeux d'asphyxie ». La plupart d'entre elles se limite à des rapports de cas isolés ou de très petites séries d'enfants accidentés par ces jeux.

A partir de 2002, la prévention et la lutte contre les jeux à risques ont été une préoccupation majeure pour l'éducation nationale. Toutefois seuls deux sondages, à la demande de l'association des parents des enfants accidentés par strangulation (APEAS), ont été réalisés par l'institut de sondage IPSOS et la dernière mise à jour date déjà de 2012. De plus une seule thèse traitant de ce sujet a été retrouvée, celle de J. Guilheri en 2016 et elle visait à comparer les pratiques entre la France et le Brésil.

Dans ce contexte, mettre à jour les données sur les pratiques de ces « jeux » constitue un enjeu important de santé publique. En effet, qu'en est-il vraiment aujourd'hui de la place de ces « jeux d'asphyxie » face à l'explosion des réseaux sociaux dans le quotidien des adolescents ?

Faire un état des lieux de ces pratiques permettra non seulement de mieux appréhender l'importance actuelle de ces pratiques chez les adolescents, mais également de concourir à une plus forte sensibilisation du problème.

Pour cela, après nous être interrogés sur l'attrait des conduites à risque pour l'adolescent, un travail d'enquête auprès des adolescents de 11 à 17ans scolarisés en Haute-Vienne a été réalisé afin d'évaluer leur niveau de connaissances et de pratiques de ces « jeux ». Au regard des résultats obtenus, nous proposerons des pistes pour améliorer l'information et prévention reçues sur ce sujet. Nous insisterons plus particulièrement sur le rôle du médecin généraliste dans l'exercice d'une prévention plus efficace et plus adaptée aux adolescents.

La place des « jeux dangereux » chez les adolescents

6.1. L'adolescence : une période de bouleversements

6.1.1. Définition de l'adolescence

Donner une définition de l'adolescence n'est pas simple. Elle n'est pas à considérer comme un état ni un statut mais un processus évolutif qui se termine par la maturité.

« L'adolescence » vient du terme « adolescent », employé dès le 14^{ème} siècle en tant que participe présent du verbe latin « adolescere », qui signifie « grandir », et renvoie à l'évolutivité de cette période, entre l'enfance et l'âge adulte. Pourtant le concept même d'adolescence est relativement récent. Si la puberté est universelle et se retrouve à toutes les époques et chez tous les mammifères ; l'adolescence, elle, est propre aux sociétés occidentales, apparue au milieu du XIX^{ème} siècle.

Ce concept n'a cessé d'évoluer au cours du temps, autant que la perception que l'on se fait des adolescents. Inconnue par les sociétés Grecques, Romaines, ou encore Françaises du Moyen Âge, c'était le terme « jeunesse » qui était plus largement répandu. Celle-ci prenait fin à partir du moment où la femme était en mesure de donner la vie et l'homme suffisamment fort pour réaliser ses tâches sociales.(1)

C'est seulement à partir de la fin du XVII^{ème} siècle, que le terme « adolescent » apparaît dans les dictionnaires français. Ce concept n'est alors employé que pour les garçons et associé à une connotation moqueuse « un morveux puceau, un novice un peu niais » (Thiercé, 2000). (2)

À partir de l'essor de l'industrialisation, au XIX^{ème} siècle, la population des jeunes est repérée comme une catégorie sociale souvent associée à de possibles troubles de l'ordre public. Une des solutions fût de prolonger l'enfance, en scolarisant la jeunesse dans un système éducatif fondé sur la contrainte et la discipline. Adolescent et scolarisation évoluent alors parallèlement. Progressivement la structuration de l'éducation en classe d'âge de plus en plus étroite et la formation d'un plus grand nombre de jeunes va conduire à leur isolement physique et psychologique, et ainsi, à l'apparition du terme adolescent comme âge spécifique de la vie. (3)

L'adolescence apparaît donc comme une construction culturelle récente. Elle est pourtant une réalité socio biologique, ainsi que psychologique. La poussée pubertaire transforme le corps d'un individu. Les bouleversements psychologiques s'accompagnent quant à eux d'une maturation et d'une finalisation des potentialités neuropsychiques.

6.1.2. Changements physiques – la maturation pubertaire

L'adolescence est notamment caractérisée par des changements physiques : la puberté. Ce sont les modifications les plus visibles de l'adolescence, et de ce fait les plus faciles à définir. Cette modification de l'apparence physique est due, au niveau biologique, à l'augmentation de la production des hormones sexuelles dans le sang. La puberté débute au moment de l'activation de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique, aboutissant à l'acquisition de la taille définitive, de la fonction de reproduction et au développement des organes sexués

secondaires. Étymologiquement, puberté vient du latin *pubes* qui veut dire : « *commencer à avoir des poils, de la barbe, du duvet, devenir adulte* ». (4)

La période pubertaire est difficile à définir du fait d'une grande variation dans son déroulement entre chaque individu. D'un individu à l'autre, le début de la puberté varie fréquemment d'environ 4-5ans. Classiquement, elle survient entre 8 et 13 ans chez la fille et 9 et 14 ans chez le garçon. Il est également important de noter que les changements pubertaires peuvent s'accomplir en moins de 2 ans ou durer jusqu'à 7 ans, ce qui n'est pas sans conséquence sur le vécu psychologique des adolescents. Nombreux sont les adolescents qui rencontrent des difficultés à s'adapter aux transformations physiques de leur corps. Cette nouvelle apparence rend l'adolescent méconnaissable pour les proches mais aussi pour lui-même.(5)

Les indicateurs de la maturation pubertaire les plus couramment utilisés sont la poussée staturale, le développement des caractères sexuels secondaires et la date d'apparition des premières règles chez les jeunes filles. (6)

Chez la fille, le début de la poussée staturale survient dès le début de la puberté et le pic est atteint relativement tôt par rapport aux autres événements (habituellement avant les premières règles). Chez le garçon, l'accélération débute le plus souvent lorsque le développement des organes génitaux externes est déjà bien entamé et atteint son maximum lorsqu'il est quasiment achevé. Le pic de la poussée staturale s'observe chez la fille environ deux ans plus tôt que chez le garçon.(7)

Les caractères sexuels secondaires correspondent quant à eux aux particularités physiques, en dehors des organes génitaux, permettant de « différencier » les hommes des femmes (développement des seins, apparition des poils sur le pubis ou sous les aisselles par exemple). Ils n'ont aucun lien direct avec la fonction de reproduction. Leur apparition témoigne de l'augmentation de la production des hormones sexuelles par les gonades.(6,7)

L'âge d'apparition du début des règles est un indice privilégié de la maturation pubertaire chez la fille. Chez le jeune homme, la puberté est repérée physiologiquement par la première éjaculation, mais ce n'est pas un événement dont on entend souvent parler.

La classification de Tanner est un outil créé pour estimer le stade de la puberté. Elle regroupe 5 stades, du stade prépubère au stade adulte, en évaluant la pilosité pubienne, et le développement mammaire chez la fille ou bien le développement testiculaire chez le garçon.

6.1.3. Changements psychologiques – sortir de l'enfance

Outre les changements physiques de l'adolescence, qui caractérisent le plus aisément la fin de l'enfance aux yeux de tous, les changements psychologiques sont non négligeables et prennent un rôle essentiel dans ce tournant de vie. Ils sont réactionnels aux deuils de l'enfance auxquels doit faire face chaque adulte en devenir.(8)

6.1.3.1. Les deuils de l'enfance

La première perte que doit assumer l'adolescent est celle de l'enfant qu'il a été. Dès le début de la puberté, les phénomènes physiques et psychiques spontanés précipitent l'enfant dans un processus de maturation qui lui échappe. Il doit alors dire adieu à son ancienne image et s'approprier à ce nouveau corps qu'il peine à reconnaître. Il expose alors cette nouvelle

apparence au regard des autres mais également à lui-même. Et les représentations qu'il s'en fait, ne sont pas toujours superposables avec celles que lui renvoient ses pairs et les adultes.(9)(8)

S'ajoute à ces changements physiques, la prise en compte des injonctions sociétales, des icônes qu'on lui présente : mode vestimentaire, courant alternatif de pensée... Mais plus inquiétant aussi, l'adolescent doit faire face au culte de la maigreur, de la réussite sociale, de la reconnaissance publique.

Au deuil de sa propre image s'associe la perte de son omnipotence. Dès les premières minutes de vie, l'enfant jubile de sa toute-puissance : quelques cris et tout le monde s'affaire autour de lui pour lui donner à manger, changer la couche... Grandir s'oppose ainsi à l'égoïsme de l'enfance, obligeant l'adolescent à évoluer dans un espace où il n'est plus le centre des attentions mais où il doit tenir compte du désir des autres. Il doit alors composer avec la désillusion du monde idéalisé qui l'entoure. Il constate que son environnement correspond assez peu à l'idéal qu'il s'est imaginé. (10)(8).

Devenir adulte, c'est devoir accepter les frustrations de la collectivité, régie par des lois. Durant la période de l'enfance, l'enfant ne se posait aucune question vis-à-vis de la société qui l'entourait. Il grandissait dans un monde où les autres et la société tournaient autour de lui, de ses besoins, confort et envies. Ce phénomène est tout particulièrement vrai dans nos sociétés modernes qui tendent à développer le culte de « l'enfant roi ». En sortant de l'enfance, l'adolescent prend conscience des lois où il ne voit que ses dimensions coercitives, entraînant une restriction de l'espace des libertés. L'adolescent entre donc dans une dynamique défiante à l'égard de l'autorité. Cette tendance était déjà décrite au IV^{ème} siècle avant J-C, par Platon : « lorsque les jeunes méprisent les lois parce qu'ils ne reconnaissent plus au-dessus d'eux l'autorité de rien et de personne alors c'est là en toute beauté et en toute jeunesse le début de la tyrannie ». (11)

En grandissant, l'adolescent doit également faire face au deuil d'une image idéalisée de ses parents. Ces « héros, tout puissants et protecteurs » se révèlent avoir eux aussi des défaillances. Le travail de deuil est d'autant plus difficile à mener que l'écart est grand entre la famille idéalisée et la réalité. Les enfants qui ont grandi au cœur d'un système familial ébranlé et marqué par les abandons, la violence, souffrent d'un douloureux apprentissage lié à la prise de conscience de ce passé.(12)

Au deuil de la vision idyllique de sa sphère familiale, s'ajoute aussi le deuil du monde naïf de l'enfance. Celui-ci est fait d'idéaux relationnels et moraux. En grandissant, l'adolescent doit apprendre la rupture amicale, la méchanceté, le racisme ou encore l'injustice, et constater leurs importances dans la place des relations interindividuelles.

Cette dynamique peut alors inscrire l'adolescent dans une délinquance réactionnelle, où les déceptions seront pour lui insupportables et pourront fragiliser son égo ainsi que ses idéaux.

S'ajoute aux désillusions morales et sociétales, l'acceptation que les fantasmes de l'enfance ne seront pas tous assouvis. L'enfance est marquée par des projections narcissiques majeures. Les garçons se rêvent super héros et s'imaginent volontiers stars du ballon ; les filles se projettent dans des costumes de princesses et chanteuses renommées ; avant d'être largement déçus en constatant que cela n'arrivera pas. L'impact narcissique est important et peut être à l'origine d'un trouble dépressif.

En prenant conscience de la réalité du monde qui l'entoure, ou encore du décalage entre sa nouvelle apparence et l'image des standards de la société, l'adolescent peut être amené à élaborer des mécanismes de défense rigides voire archaïques. Cela peut prendre plusieurs formes : il peut par exemple se replier dans le monde des rêves, favorisé notamment par la consommation de toxiques, ou encore agresser son « corps objet » qui n'est pas à la hauteur de ses rêves d'enfant, ou même se rebeller contre cette société qui ne permet pas la réalisation de ses rêves. (13)

6.1.3.2. L'appréhension du monde des adultes

Pour faire face aux deuils de l'enfance, des éléments de fonctionnements psychiques, spécifiques de l'adolescence, vont se mettre en place et permettre à l'adolescent d'acquérir un mode de pensée plus élaboré, une capacité de gestion émotionnelle différente et organiser sa propre personnalité. (14)

6.1.3.2.1. Modification des repères spatiaux-temporaux

La première adaptation psychique face à laquelle l'adolescent doit faire face est la modification des repères spatiaux-temporaux.

Comme déjà évoqué, devenir adulte nécessite de sortir du monde égocentrique de l'enfance. En quelque sorte, l'enfant conçoit le temps comme une donnée finie, alors que l'espace, au travers de la rêverie, lui paraît infini. En devenant adolescent, cette perte de maîtrise sur le temps et l'espace induit des aménagements du fonctionnement psychique.

Le temps n'apparaît plus comme un paramètre figé et maîtrisé. Il prend alors conscience de n'avoir en réalité qu'une place minimale dans l'histoire et de l'inéluctabilité de la mort. Il lui faut alors réfléchir à sa biographie, son avenir, ce qui peut générer de multiples angoisses. A l'inverse, l'espace réel a vocation à être exploré. L'adolescent prend conscience du monde qui l'entoure et génère une envie d'indépendance et découverte. (15)

6.1.3.2.2. Quête identitaire

La question de l'identité est une question centrale chez tout adolescent : comment changer d'apparence tout en restant le même ?

L'identité ne se construit pas à l'adolescence, mais la question identitaire est remise en cause à ce moment-là, avec deux interrogations existentielles : comment s'identifier, en particulier aux images parentales, sans être menacé par la confusion d'identité ; comment se séparer, s'éloigner, sans être menacé par la perte, l'abandon ? (16)

Au cours de l'enfance, le rapport d'identification se fait volontiers envers les adultes, et particulièrement les parents. Mais comme vu précédemment, à l'adolescence, les figures emblématiques de l'enfance se fragilisent. L'adolescent se trouve donc dans une dynamique complexe où la fiabilité des repères est mise en doute ; vient alors une remise en question de l'identité à laquelle il s'était identifié, et le besoin d'acquérir sa propre identité.

L'adolescent entre alors dans une attitude ambivalente. Il oscille entre « je vais être autonome, je vais me lâcher » et « je ne peux pas me lâcher parce que si, on me lâche, je tombe dans un gouffre, dans quelque chose que je ne maîtrise pas ». (15)

Cette contradiction apparente est source d'angoisses chez l'adolescent. Il s'agit alors de trouver des aménagements psychiques, c'est à dire une solution dans la continuité de l'idéal parental, sans s'y confondre pour autant. Cela passe parfois par des oppositions, des incompréhensions, des certitudes arrogantes, des contradictions et/ou des conflits.(17)

6.1.3.2.3. Sexualisation des rapports

La sexualité arrive au premier plan des préoccupations et des transformations psychologiques de l'adolescence, tant du point de vue somatique, que sociologique ou psychologique. « *La sexualité est un moment essentiel à l'adolescence car, au-delà du plaisir, elle contribue au sentiment de soi, elle s'ancre dans un genre, elle coupe définitivement les liens avec les parents* » (Le Breton, 2007).(18)

Pourtant, la sexualité débute bien avant l'adolescence. Les préoccupations sexuelles infantiles se manifestent, en effet, tant au niveau des conduites masturbatoires qu'au niveau des questions posées par l'enfant sur les différences entre petits garçons et petites filles. C'est ainsi que, dès 1905, Freud parle de sexualité infantile pour tout ce qui concerne les activités de la première enfance en quête de sexualité locale que tel ou tel organe est susceptible de procurer. Les transformations pubertaires sont à l'origine de l'évolution libidinale de l'adolescence qui se caractérise par la découverte de l'objet sexuel. L'adolescent doit trouver un but à la pulsion sexuelle. Selon Freud, « *tout être animé - notre propre corps celui d'autrui ou de tout être vivant dans l'une ou l'autre de ces parties - mais également tout être inanimé - les choses ou les idées - peuvent servir d'objet sexuel à la pulsion.* » (19)

L'émergence de cette pulsion sexuelle va, bien sûr, modifier considérablement les liens avec l'entourage, parents, pairs ou adultes. La sexualisation des rapports excite mais pousse également au rapprochement, ce qui n'est pas toujours évident à gérer pour l'adolescent. La sexualisation d'un lien, quel qu'il soit, induit un rapprochement, que celui-ci reste de l'ordre du regard, ou qu'il se traduise par des attitudes ou des gestes. C'est ainsi que les rapports familiaux se sexualisent avec la puberté ; ils se chargent d'une dimension de gène et d'un sentiment de proximité physique vite insupportable, auquel l'adolescent se sent contraint de répondre par une prise de distance exagérée. Cette soudaine prise de conscience de la réduction de la distance, par exemple entre l'adolescent et ses parents, se manifeste très concrètement par toute une série de réactions qui dans la vie quotidienne, témoigne d'un sentiment d'intrusion et de promiscuité permanente. Les conduites d'opposition deviennent alors un moyen de rétablir une distance protectrice, pour se séparer définitivement des parents matériellement et surtout psychologiquement et se construire en tant qu'être singulier. (20)(14)

De plus, la transformation du corps, liée à la puberté, renvoie l'individu à son identité sexuée et à ses capacités de procréation. « *L'apparition de la capacité orgastique et l'avènement de la capacité reproductive entraîne une explosion libidinale, une éruption pulsionnelle génitale et un mouvement de régression vers les pulsions pré-génitale* » (Marcelli, 2008). (21)

La sexualisation du corps ouvre donc des opportunités individuelles et sociales. Le corps devient un lieu privilégié d'expression des émotions : il est langage et outil de communication. Pour mieux gérer ce corps qui lui échappe, l'adolescent va par exemple adopter une mode

vestimentaire spécifique, ou encore avoir des attitudes décomplexées ou excentriques. Cela lui permet de s'identifier à un groupe de pairs qui l'accompagnera et l'épaulera dans ses changements. (22)

6.1.3.2.4. Emotionnalité débordante

Une des principales modifications psychiques de l'adolescence est l'acquisition, au fil du temps, de la gestion et maîtrise de ses émotions débordantes.(23)

L'adolescence est la période où s'aménage le cerveau émotionnel pour faire face aux deuils de l'enfance : le corps devient sexué, le monde devient incertain et anxiogène, les autres se mettent à envahir notre espace. (14)

L'apprentissage de la gestion émotionnelle se fait de manière physiologique. Mais, chez l'adolescent, envahi par de multiples émotions nouvelles, les capacités de gestion sont en cours d'élaboration et donc vite submergées.

L'adolescent n'est pourtant pas uniquement l'être émotionnel qui « déborde », il est aussi celui qui « cherche à être débordé ». L'adolescence expose le jeune à des univers émotionnels nouveaux ; mais, paradoxalement, l'incite aussi à s'enrichir de nouvelles expériences à des fins d'excitation, de recherche de limites, de revendications. (17)

6.1.3.2.5. Contribution des rites initiatiques

Lorsqu'un individu traverse une étape anxiogène de sa vie, la culture vient proposer des recours se voulant rassurants. C'est le but des rites initiatiques, ou encore appelés rites de passages.

L'adolescence, période source d'angoisses, est donc marquée par la participation à des rites initiatiques. Ils permettent de mieux faire face aux bouleversements émotionnels vécus pendant cette période. D'après Calame-Griaule, anthropologue, ces rites d'initiations prennent des formes variables mais ils ont en commun trois finalités : *« la première consiste à une séparation d'avec le monde de l'enfance ; la seconde est une mise à l'épreuve, qui peut durer plus ou moins longtemps ; et la troisième une phase d'intégration dans le monde des adultes avec une initiation à leurs secrets »*. (24)

D'après Jeammet, ces rites, en apaisant l'angoisse, vont permettre à l'adolescent d'en tirer un bénéfice narcissique *« par le fait qu'il s'agisse d'un groupe auquel l'adolescent voit son image de lui-même soutenu par son appartenance et que l'épreuve commune renforce ; par les pouvoirs nouveaux que lui confèrent sa participation au secret des adultes et son assimilation à leur groupe ; par la confrontation aux épreuves physiques à supporter et à surmonter le permettant de prendre la mesure de lui-même et de le conforter dans ses compétences propres »*.(24)

Comme le dit Marcelli, le marquage du corps fait partie intégrante des rites initiatiques à l'adolescence.(25)

Dans les sociétés traditionnelles, les marquages du corps sont codifiés et permettent d'accompagner l'adolescent dans la gestion de ses nouvelles émotions.

Dans nos sociétés occidentales, c'est à l'adolescent lui-même de marquer son corps, avec tous les excès et dérapages que cela implique. Si ces pratiques ne sont pas contenues par la société ou la culture notamment, alors l'adolescent va les essayer et se fixer seul ses propres limites. Il pourra par exemple s'agresser pour mieux se cerner (conduites ordaliques, gestes d'auto-mutilation...), ou essayer par tous les moyens d'échapper à ces sensations nouvelles, anxiogènes (addictions, prise de toxiques, sports extrêmes...).

Ainsi plusieurs auteurs soulèvent une dimension initiatique des conduites à risque, symbolisant l'entrée dans l'âge adulte. Adès décrit les conduites à risque semblables à une « *fonction maturante et adaptative, comparable à celle d'un rite de passage* ». (26)(24)(14)

De même G. Michel, s'accorde sur le fait que la prise de risque permettrait de tester le courage de l'adolescent face au danger, brisant ainsi symboliquement les barrières de l'enfance en devenant partie intégrante du groupe de pair, « *rattachant alors la prise de risque à une vieille tradition celle des rites de passage* ». (27)

Barconnier et Marcelli s'accordent quant à eux sur le fait que les conduites à risque se rapprochent des rites initiatiques par la recherche d'expérience et de limites. « *C'est pour l'adolescent une manière de s'éprouver, de se connaître, d'apprendre des codes sociaux* » Ils soulignent cependant que les prises de risque se différencient des rites initiatiques quand elles se caractérisent par une recherche d'excès avec escalade et répétition des comportements. (28)

6.2. La place des conduites à risque à l'adolescence

6.2.1. Définition

Les conduites à risque représentent un ensemble de comportements très hétérogènes, et le risque encouru peut-être très divers : physique, médical, psychologique, judiciaire, scolaire, social. Elles débutent le plus souvent à l'adolescence et lorsqu'elles s'installent, sont responsables de morbidité et mortalité importantes à court et long terme. Elles constituent donc un enjeu de santé publique. (29)

Leurs définitions diffèrent. Elles sont décrites comme des « *comportements comprenant des risques objectifs pour le bien-être physique ou mental de l'individu* » (Choquet & Ledoux, 1995) ; « *comportements susceptibles d'entraîner des effets dangereux* » pour le jeune et les autres, incluant une dimension de transgression et de « *déviance sociale* » (Coslin, 2003). Pour Adès et Lejoyeux (2004), ces conduites se traduisent par « *la recherche active et répétée du danger, impliquant pour un sujet la mise en jeu de sa propre vie* ». (26,30,31)

Etudier l'étymologie du mot « risque », permet de mieux comprendre ce qu'implique la notion de conduite à risque. Selon la racine latine, le mot « risque » vient de « *resicare* » qui signifie « recouper », « séparer ». Dans ce sens, le « risque » peut être défini comme « ce qui tranche », « ce qui coupe en cas d'erreur, d'échec ». La racine grecque, quant à elle, vient de « *rhiza* » qui signifie « racine », ce qui rattache le mot risque à « l'origine », « à soi ». « S'exposer au risque » revient alors à mettre à l'épreuve ses propres capacités physiques et psychiques.

Ces deux étymologies, selon Michel G., renvoient, lors de la prise de risque, à « *la nécessité de s'extraire d'un environnement rassurant protecteur pour affronter délibérément un monde qui ne l'est pas, avec pour objectif de tester ses capacités* ». (32)

La notion de risque renvoie donc aux problématiques de séparation, d'autonomisation particulièrement actives lors de l'adolescence. La pratique de conduite à risque apparaît à l'adolescent comme un moyen de faire face aux différents deuils de l'enfance évoqués précédemment.

Les conduites à risque rassemblent de multiples pratiques. En fonction des auteurs, on peut évoquer aussi bien des conduites d'usage de substances psychoactives, que des conduites addictives, des troubles alimentaires (anorexie mentale), des mises en danger sur la route, des tentatives de suicide, des relations sexuelles non protégées, mais aussi des fugues, des actes délictueux ou violents, des sports dangereux et même des « jeux dangereux » comme les « jeux d'asphyxie ». (33)(34)

6.2.2. Effets recherchés

Si la pratique des conduites à risque est connue et répandue depuis de nombreuses années, c'est qu'elle apporte un bénéfice aux adolescents, que ce soit dans leur quête identitaire, leur appartenance à un groupe de pairs ou encore dans leur recherche de sensations.

6.2.2.1. Accéder à sa propre identité

L'adolescence est un moment rempli d'incertitudes, où les anciens repères disparaissent tandis que les nouveaux ne sont pas encore instaurés. Un mélange d'anxiété et d'impatience se crée face à cette « nouvelle vie ». Elle est marquée par la multiplication des risques, ceux inhérents au choix des études, ou encore aux premières relations amicales et amoureuses ; mais surtout par la découverte de ce nouveau monde, sentir ses limites, expérimenter enfin son indépendance.

Cette période de changement est difficile à vivre, elle soulève de grandes questions anthropologiques sur l'identité, le sens de la vie.

D'après Jeammet, le jeune rentre alors dans une volonté obsessionnelle d'être identifié comme « existant » et donc de créer auprès de ses anciens repères, ses parents surtout, un « déplacement des routines » pour provoquer une reconnaissance de soi. (35)

La provocation de l'entourage, ou encore la violence, déprime ou repli sur soi, au-delà de la souffrance que traduisent ces comportements, sont des manières de se faire remarquer et s'individualiser. Les transgressions, pour les adolescents, traduisent alors leur nouvelle façon d'être au monde. Elles permettent d'amorcer une rupture avec l'image parentale, afin de créer leur propre image et être reconnu en tant que personne indépendante. D'après P. Coslin, « *cette rupture manifeste la maturité sexuelle et le choix d'un autre cadre que le cadre œdipien. L'adolescent veut alors être différent de ses parents au niveau des valeurs tant sociales que morales ou politiques* ». C'est pourquoi voulant rompre avec ces différentes valeurs, il provoque. (31)

En parallèle de la séparation avec l'image parentale, l'adolescent va se créer de nouveaux attachements, généralement avec un groupe de pairs. Le jeune entre simultanément dans une

quête d'indépendance et de réassurance à l'égard des autres. Les conduites à risque sont alors le moyen de s'assurer de la valeur de son existence aux yeux des autres.

Ces conduites à risque vont ainsi permettre, à l'adolescent, l'exploration de son identité et signifier son autonomie par rapport aux autres jeunes. « *Elles favorisent l'autonomie du jeune, la recherche de ses marques. Elles sont un moyen de se fabriquer une identité* ». (Le Breton, 2003)(36)

6.2.2.2. Appartenir à un groupe de pairs

Bien que les adolescents cherchent à acquérir leur propre identité, ils sont souvent dans la peur de ne pas être « normal », de déroger aux attentes des autres, de ne pas être à la hauteur.

Le jeune s'inscrit dans « *une relation statutaire, voire identitaire, où la prise de risque prend fonction de prestige* » (Michel, 2001)(27)

Relever les défis, surmonter ses peurs, faire face aux autorités, « tenir » l'alcool, ou encore endurer la douleur sont vus comme des sortes d'examens de passage pour attester du fait d'être digne des pairs. Le cinéma, les magazines, les réseaux sociaux renchérissent l'attrait de ces comportements, en stigmatisant comme une faiblesse la prudence, et, au contraire, en valorisant le risque.

Le souci d'être à la hauteur fait naître d'innombrables défis. Se dérober face à l'épreuve est impensable pour l'estime de soi et pouvoir avoir sa place dans un groupe. Ainsi le premier pas vers les conduites à risque est souvent lié à la puissance d'attraction d'un groupe qui les valorise, et dissipe les derniers doutes.(36)

L'appartenance à un groupe va également avoir tendance à augmenter la prise de risque, à inciter ses membres à aller au-delà de leur première limite. La dynamique des groupes a un effet de renchérissement des positions personnelles, à cause notamment de la valorisation du risque dans nos sociétés. La dilution des responsabilités et l'impression de sécurité, en présence d'un groupe, pousse l'individu à des actes qu'il n'aurait jamais osé accomplir seul. Une fois au sein d'un groupe de pairs, l'adolescent va ensuite chercher à se singulariser progressivement, et ce, en allant toujours plus loin dans la prise de risque. D'après Kogan et Wallach, devenir le plus courageux, le plus audacieux, le plus respecté au sein de ce groupe va conduire à poursuivre et aggraver les comportements à risque. (36)

6.2.2.3. Rechercher des sensations

Comme vu précédemment, l'appartenance à un groupe de pairs va conduire à la recherche d'activités plus dangereuses les unes que les autres. Mais dans la plupart des cas, c'est l'adolescent lui-même qui choisit de prendre des risques. Le caractère intentionnel de ces conduites souligne qu'elles procurent pour le jeune, malgré leur caractère dangeureux, un ou plusieurs bénéfices.

Elles vont notamment permettre d'assouvir un besoin de reconnaissance vis-à-vis des pairs. Durant la période d'adolescence, l'estime de soi est dépendant de l'avis de l'entourage. L'adolescent va alors chercher, à travers les conduites à risque, un exploit qui devient un trophée à exhiber aux yeux de tous, par exemple en le filmant et en le diffusant sur internet.

La recherche de l'effet produit sur autrui suscitant, angoisse, peur, inquiétude, mais aussi admiration, devient une motivation. (27)

Un autre bénéfice particulièrement recherché lors de ces pratiques est d'éprouver des sensations intenses, comme une peur ou à l'inverse une excitation. D'après Zuckerman, la recherche de sensations fortes est une dimension intégrante de la personnalité. Elle caractérise les interactions d'un sujet et de son environnement, qui se manifeste à travers l'intolérance à l'ennui, le besoin d'expérience nouvelle et changement, la désinhibition et la recherche de dangers et d'aventures. Ce besoin conduit à persister dans la pratique malgré la connaissance des conséquences négatives, du fait des bénéfices qu'ils en tirent. La dimension de compétition, de toujours plus, va alors permettre aux participants de maintenir un niveau optimum d'activation corticale. Ceci représente un facteur de vulnérabilité au développement de dépendance et à la répétition des conduites à risque. (37)

Quant à Pedenielli, il estime que la recherche de sensations fortes joue un rôle de régulateur émotionnel. Il précise que la prise de risque correspond à la fois, à l'émoussement des sensations procurées, à la nécessité de rétablir un équilibre interne et à une extinction des sensations insupportables. « *La recherche de sensations se lie à la tentative de maintenir un équilibre interne en résolvant les difficultés ou le déplaisir par la confrontation au danger et les émois qu'elle procure* ». (Pedenielli, Rouan et Gimenez ; 2005) (38)

Ainsi, la pratique de conduites à risque s'explique certes par une insuffisante conscience du danger, mais également par l'anticipation des sensations intenses attendues. Au-delà de cette anticipation, se profile aussi une dimension de défi : « *s'affrontant à la mort certains adolescents tentaient de vérifier qu'ils existent, se mettant à l'épreuve en quête de peur et de sensations fortes, d'identité de sens* ». (Pommereau, 2003). (37)(39)

6.2.2.4. Défier son destin, le concept de l'ordalie

L'adolescence apparaît comme une période charnière, où le jeune éprouve le besoin de mettre en jeu son existence pour savoir si la vie vaut, ou non, la peine d'être vécue. La confrontation directe au danger et au risque de mort rassure l'adolescent sur ses capacités physiques et conforte son identité, sa place en tant que sujet dans le monde. Afin de s'extirper symboliquement de sa position d'enfant, il adopte des comportements qui lui étaient jusqu'alors interdits. (39)

La participation aux conduites à risque apparaît alors comme une conduite ordalique. Elle correspond à « la répétition d'une épreuve comportant un risque mortel, dans laquelle le sujet s'engage, par sa survie, de prouver sa valeur intrinsèque, et ainsi être reconnu par les puissances transcendantes du Destin... ». L'adolescent remet sa vie entre les mains du Destin, accepte de mourir afin de pouvoir vivre. (31)

Bien que se confrontant à la mort, ces conduites n'obéissent pas à une logique de destruction. C'est le droit à la vie qui pousse répétitivement le sujet à interroger le destin. Là encore, les conduites à risque sont utilisées dans le but de confirmer sa valeur ; et non comme un équivalent suicidaire.(40)

Ainsi, de part leurs bénéfices supposés, les conduites à risque font partie intégrante du passage de l'enfance à l'âge adulte. Elles sont de multiples formes et présentes de manière plus ou moins intense, chez tous les adolescents. Il convient donc à chaque professionnel en

contact avec des adolescents, d'être informé de ces pratiques pour éviter leurs conséquences, parfois dramatiques.

Devant la multitude et l'hétérogénéité des conduites à risque, seuls les « jeux d'asphyxie » comme exemple de « jeux dangereux », seront développés dans la suite de cette étude. En effet, depuis quelques années, il semble que les « jeux dangereux » soient les nouvelles conduites à risque « à la mode », que ce soit dans les cours de récréation ou sur les réseaux sociaux des adolescents. Devant le peu d'études sur ce sujet, ils apparaissent comme un danger auquel il faut prêter attention et vigilance particulière.

6.3. Les jeux d'asphyxie comme exemple de conduites à risque

6.3.1. Contextualisation

Que ce soit dans la cour de récréation, mais également à l'extérieur, les « jeux dangereux » constituent un phénomène inquiétant. Celui-ci semble d'ailleurs prendre de l'ampleur, favorisé notamment par la popularisation d'internet et plus particulièrement des réseaux sociaux.

« Jeux dangereux » est un terme générique qui inclue une multitude de comportements. En France, il regroupe essentiellement des agressions physiques volontaires et des pratiques d'asphyxie ou de strangulation.

Cette appellation « jeux dangereux » semble être apparue dans les années 1990 et celle-ci ne prenait pas en compte les « jeux d'asphyxie ». A présent, la littérature française considère qu'il existe 3 types distincts de « jeux dangereux » (41)(42):

- Les jeux d'agression : basés sur l'utilisation de la violence physique gratuite soit par contrainte soit intentionnelle à tour de rôle. Par exemple, le « jeu du petit pont massacreur », dérivé du football, qui consiste à essayer de faire un petit pont (passer le ballon entre les jambes) à l'un des autres joueurs, celui-ci devenant alors la cible des agressions du reste du groupe.
- Les jeux de défi : qui s'appuient sur le principe du « cap ou pas cap ». Selon le ministère de l'éducation nationale, dans ce type de pratique, la recherche d'exploits, de défis va conduire un ou plusieurs jeunes à pratiquer des activités toujours plus dangereuses. Par exemple « jeu du torero », qui consiste à se poster devant un train en marche et s'échapper des voies, en attendant le dernier moment avant d'être écrasé.
- Les jeux d'asphyxie ou jeu de non-oxygénation : qui consistent à couper sa respiration, volontairement, en groupe ou en solitaire. Ils seront développés par la suite.

Cette catégorisation a été réalisée à la suite de plusieurs études visant à s'intéresser à la connaissance des pratiques violentes dans la population collégienne, comme l'étude IPSOS-APEAS en 2007 puis 2012 ou encore l'étude de Isolan en 2015. Malgré celle-ci, l'identification de ces 3 types de « jeux » reste toujours difficile, du fait notamment de la multitude d'appellations existantes données par les adolescents (cf la figure 1). Il est recensé plus d'une centaine de qualificatifs pour désigner ces « jeux », dont les règles ne cessent d'évoluer au cours du temps. (43)(44)

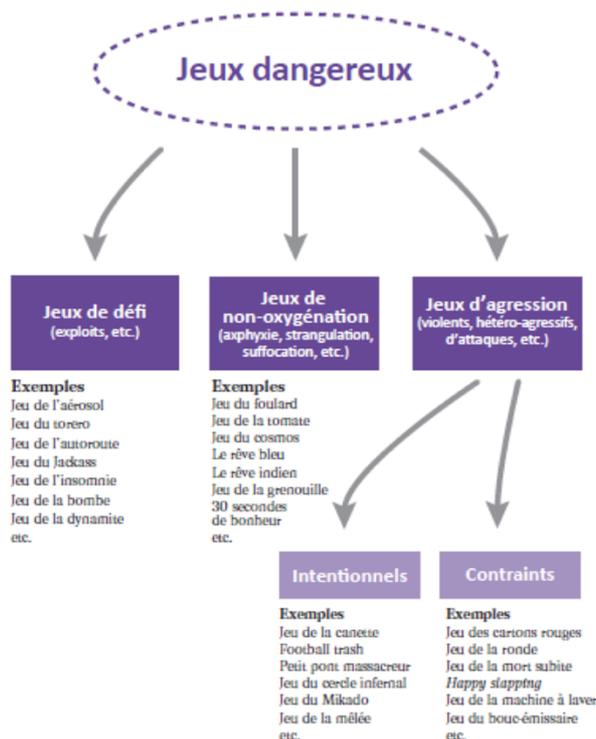


Figure 1 : Michel G « Les jeux dangereux et violents », La Revue du praticien – Médecine générale, tome XXIII, 822, Mai 2009

Ainsi les « jeux dangereux » regroupent un grand nombre de pratiques, toutes différentes les unes des autres. Au vu de leurs nombres et de leurs caractéristiques bien différentes, pouvoir les étudier en totalité apparaît trop ambitieux.

C'est pourquoi, cette étude se limitera à la catégorie des « jeux d'asphyxie ».

Les « jeux d'asphyxie » également appelés dans la littérature « jeux de non-oxygénation » ou « jeux d'apnée et évanouissement », mais aussi en anglais « choking games », correspondent à la problématique la plus médiatisée des « jeux dangereux ». Il existe actuellement une bibliographie scientifique internationale d'une centaine d'articles ; même si cela apparaît peu important en comparaison avec la littérature d'autres phénomènes présents également en milieu scolaire, comme le harcèlement par exemple.

Les premiers travaux sur les « jeux d'asphyxie » ont été réalisés dans les années 1990 notamment par des équipes nord-américaines. A cette période, il s'agissait uniquement de publications dans le domaine médico-légal décrivant les cas de décès par pendaisons occasionnelles chez les adolescents. La particularité était que ces décès ne rentraient ni dans la catégorie suicide ni dans les accidents domestiques. Aucun recensement n'était donc réalisé à cette époque. (45)

A partir des années 2000, notamment avec le développement d'internet, les « jeux d'asphyxie » sont devenus la « nouvelle mode » des conduites à risque et ont commencé à prendre une place non négligeable, notamment dans le milieu scolaire. C'est seulement à partir de là que les médias populaires se sont mis à divulguer le nombre de décès et blessures graves suites aux « choking game ». Ainsi, à compter des années 2000, la littérature scientifique s'est intéressée à l'étude méthodique de ces comportements à risques d'asphyxie.

Un premier rapport sur ces pratiques a notamment été réalisé en 2002, sur demande du ministère de l'Éducation nationale, puis révisé et réédité en 2007 et 2010. Une mise à jour régulière de ces rapports paraît cependant nécessaire, d'autant plus que ces phénomènes de « jeux d'asphyxie » prendraient un nouveau visage. Ces pratiques tendraient à se multiplier chez les jeunes générations, depuis quelques années, notamment avec l'émergence des réseaux sociaux tels que Youtube, et avec une possible accélération depuis TikTok. Il est tout de même important de garder à l'esprit que ces « jeux d'asphyxie » ne sont pas une nouvelle pratique, apparue avec le développement d'internet. Ils sont bels et biens connus de longue date, sous maintes appellations et variantes. Par exemple, il a été décrit dans l'antiquité des états de trans chez les philosophes, déclenchés par des méthodes d'asphyxie. C'est le cas notamment d'Aristote qui observe qu'il « *arrive parfois, lorsque les veines jugulaires sont comprimées en dehors, de voir des hommes tomber dans l'insensibilité sans être d'ailleurs asphyxiés et fermer les yeux* ». (43)

6.3.2. Caractéristiques des « jeux d'asphyxie »

Ces « jeux » visent à s'infliger, individuellement ou collectivement, par l'usage de techniques d'apnées, de strangulation ou compression (du cou ou thorax), une hypoxie cérébrale. Le but recherché est d'obtenir un bref état d'euphorie, pouvant cependant conduire à l'évanouissement ou à la mort. En d'autres termes, cette pratique consiste à freiner l'irrigation sanguine du cerveau, soit avec des techniques manuelles, soit à l'aide d'un lien, afin d'obtenir des ressentis intenses dérivés de l'hypoxie. Il est notamment décrit l'apparition de visions pseudo-hallucinatoires auditives et/ou visuelles, de synesthésies corporelles (impression de planer, de tomber) concomitant à l'évanouissement.

Leurs appellations varient en fonction de la période, ou de la région de cette pratique. La profusion des termes désignant ces pratiques, chaque langue possédant ses variantes, atteste de leur extension chez les jeunes générations.

Deux sous-groupes de pratiques de jeux d'asphyxie peuvent être distingués selon le moyen utilisé pour déclencher l'hypoxie (46)(42) :

- apnée prolongée : cela consiste à retenir le plus longtemps sa respiration. L'appauvrissement de l'oxygène dans le sang, associé à un arrêt de l'élimination du CO₂ entraîne une hypercapnie responsable d'une souffrance cérébrale ;
- strangulation et compression : dans ce type de pratique, l'hypoxie est atteinte par striction du cou soit par compression à l'aide d'un pouce ou de mains soit par strangulation à l'aide de liens ou pendaison. Ces « jeux » se pratiquent le plus souvent par l'intermédiaire d'un tiers mais aussi seul par auto-strangulation. Les effets varient selon la force de la durée et de la striction. Si l'hypoxie se poursuit, elle entraîne une perte de connaissance et s'accompagne de spasmes convulsifs pouvant déclencher une anoxie cérébrale dont les conséquences sont le plus souvent irréversibles.

D'après la littérature, ces deux types de « jeux de non-oxygénation » se pratiquent généralement en groupe. Des études montrent que 75 à 90% des jeunes, s'adonnant à « ces jeux » se sont expérimentés en compagnie d'autres pairs. Dans la plupart des cas, l'existence d'un rôle défini en tant que victime et agresseur n'existe pas car la relation s'inverse : l'étrangleur devient l'étranglé. Cependant certains jeunes rapportent avoir participé sous la

contrainte. Ainsi, comme démontré dans la littérature, l'influence du groupe des pairs pour l'adoption des activités dangereuses est notable. (47)(48)

Les adolescents qui adoptent ces pratiques peuvent être classés en 3 types de joueurs (42,46):

- occasionnels : motivés par la curiosité, agissent volontairement ou sous la contrainte du groupe
- réguliers : recherchent surtout des sensations fortes et développent souvent la pratique au domicile
- suicidaires ou ayant une personnalité fragile : sont très rares mais les risques d'accident et de décès très élevés.

Comme pour l'ensemble des « jeux dangereux », les « jeux d'asphyxie » ne doivent pas être considérés comme des jeux, bien qu'ils soient assimilés à des activités ludiques, « juste pour rire ».

6.3.3. Exemples de « jeux d'asphyxie »

Comme expliqué précédemment, il existe deux sous catégories de « jeux d'asphyxie ».

Parmi les jeux de strangulation et compression, on peut notamment citer le « jeu du foulard ». Appelé actuellement sur internet le « black-out challenge », il consiste à freiner l'irrigation sanguine du cerveau par compression de la carotide, seul par strangulation avec un lien ou avec l'aide d'un autre participant. Le « jeu du sac » quant à lui se fait par suffocation en respirant dans un sac d'air appauvri combinée à une strangulation.

Parmi les jeux « d'apnée prolongée » les deux plus fréquemment retrouvés dans la littérature sont le « jeu de la tomate » et le « jeu du rêve indien ».

Jeu du « rêve indien » ou aussi communément appelé « rêve bleu » consiste à réaliser une hyperventilation suivie d'une apnée. Ce type de jeu est actuellement le plus présent des jeux d'apnées sur les réseaux sociaux, notamment Tik-Tok. On y retrouve des adolescents se filmant en train de faire des flexions rapides des membres en hyperventilant. La succession rapide et forte d'inspirations et d'expirations saccadées entraîne une hausse du stock d'oxygène et une diminution rapide de la teneur en CO₂. Puis suivie d'une apnée, elle provoque des hallucinations, vertiges, évanouissement, voire décès. Ce type de pratique ne laisse pas de marque physique sur le corps contrairement aux jeux par strangulation, il est donc aisé pour l'adolescent de le faire en gardant le secret.

Le « Jeu de la tomate » quant à lui consiste à retenir sa respiration le plus longtemps possible généralement en serrant les points de toutes ses forces pour obtenir un rougissement du visage. Cette blockpnée suivie de la manœuvre de Valsalva provoque un effondrement du débit cérébral. Ce « jeu » est présent dès le plus jeune âge dans les cours des récréations élémentaires.

6.3.4. Connaissances et prévalences des pratiques des « jeux d'asphyxie »

Bien qu'il s'agisse d'un phénomène très ancien, il est très difficile d'obtenir des statistiques concernant l'épidémiologie de ce genre de pratiques indépendamment du pays. En effet il existe 3 facteurs majeurs qui limitent l'accès aux informations (49) :

- elles sont souvent pratiquées hors du contrôle des adultes, en secret, ce qui renforce la puissance du jeu et rend son repérage difficile
- il existe un faible taux de signalement de suspicion de cas de la part des professionnels de l'éducation et de la santé
- la plupart des décès sont souvent répertoriés en termes d'accidents domestiques et sont généralement assimilés à des suicides ce qui contribue à sous-estimer les chiffres officiels de décès suite aux « jeux d'asphyxie ».

La majorité des accidents graves, voire létaux surviennent quand le pratiquant réalise le jeu en solitaire et qu'il utilise un lien quelconque pour déclencher l'hypoxie cérébrale

En France on estime à plus de 210 enfants et adolescents décédés accidentellement entre 1995 et 2009 par le jeu du foulard ou par des pratiques similaires ; et selon l'association de parents d'enfants accidentés par strangulation (APEAS), on observe un pic de 25 morts dans l'année 2009.

Concernant les adultes, notamment les parents ayant des enfants en âge d'être scolarisés, les données restent encore très limitées sur leurs connaissances et leurs représentations sur les pratiques d'asphyxie. D'après une enquête portant sur le jeu du foulard, l'enquête Ipsos parue en 2007, la majorité des parents rencontre des difficultés à envisager une éventuelle pratique de jeux d'asphyxie chez son enfant. Seulement 6% des adultes, déclarant avoir entendu parler de cette activité, pensent qu'un jour son enfant aurait pratiqué le jeu du foulard. Deux autres constats ont été faits : plus les parents avançaient dans l'âge plus ils envisageaient cette possibilité, et plus était élevé leur niveau d'étude, moins les parents croyaient à la pratique du jeu du foulard pour son enfant.(43)

6.3.5. Symptomatologie ressentie et signes d'alerte

Les pratiquants des « jeux de non-oxygénation » passent par 4 étapes successives selon l'installation de l'hypoxie cérébrale (50)(42):

- 1^{ère} étape : sensation de chaleur de la tête, sifflements, éblouissements
- 2^{ème} étape : perte de conscience complète avec souvent des mouvements tonico-cloniques généralisés que les enfants, qui observent, trouvent amusants
- 3^{ème} étape : état de mort apparente avec arrêt des mouvements respiratoires (l'enfant est réveillé à ce moment-là par ses compagnons)
- 4^{ème} étape : soit la mort réelle, soit l'après réveil qui correspond à un syndrome post confusionnel et/ou des céphalées intenses de courte durée (signes de répercussion cérébrale).

Il est par ailleurs possible de repérer 4 phases émotionnelles distinctes lors de la pratique de ces « jeux. Dans chacune d'entre elles, une émotion particulière semble motiver les « joueurs » à l'adoption et la maintenance des « jeux de non-oxygénation » (51)(42):

- la prise de risque : motivés par la curiosité, ils cherchent à dépasser l'angoisse de l'inconnu ;
- la recherche d'un éprouvé intense : c'est-à-dire l'envie de ressentir des sensations fortes. Si la première expérience est vécue positivement, probablement qu'elle sera répétée ; dans le cas contraire, l'expérience ne sera probablement pas renouvelée ;
- la perte de conscience : pour certains, cette phase représente l'expérience de leur propre disparition, un moment où ils peuvent fuir le monde extérieur avec ses propres contraintes ;
- le réveil : souvent très désagréable, car accompagné de douleurs, c'est aussi l'occasion de ressentir un sentiment de puissance, d'avoir surmonté une épreuve mortelle.

Il est important de savoir dépister certains signes d'alerte physiques et psychologiques qui peuvent être repérables chez les pratiquants des jeux d'asphyxie. Il convient donc aux adultes, et particulièrement au corps médical, d'y être attentif et de pouvoir les reconnaître.

Certains signes physiques et psychologiques sont importants à surveiller et doivent faire évoquer ces pratiques, comme des céphalées violentes à répétition, des traces rouges autour du cou (parfois camouflées par un foulard ou une écharpe, ou par le port d'un vêtement cachant le cou); des joues rouges et hémorragies conjonctivales, des bourdonnements ou sifflements d'oreilles, une fatigue constante et inexplicquée ou encore des épisodes de syncope sans explication.

Un changement d'attitude, comme une agressivité soudaine, une violence verbale et/ou physique, ou encore un isolement ou repli sur soi peuvent également être évocateurs de ces « jeux dangereux ». Une désorientation, ou apparent état d'ivresse et faiblesse, après avoir été seul, doit aussi alerter.

De plus, il convient d'être attentif aux questions posées par l'enfant, comme par exemple, sur les effets, sensations, risques de la strangulation ou la mention de noms de jeux différents dans des conversations.

Il est également nécessaire de surveiller des signes externes et environnementaux pouvant alerter sur la pratique de ces « jeux », comme la présence d'un foulard, écharpe ou lien que l'enfant veut garder sur lui en permanence, une fermeture inhabituelle des portes à clé ou un historique de consultations internet visionnant des vidéos de ce type.

6.3.6. Conséquences psychosomatiques

Dès la première participation à ces pratiques de non-oxygénation, des conséquences irréversibles peuvent apparaître.

Les conséquences physiques sont surtout liées à l'hypoxie. Des lésions locales ne sont pas systématiquement présentes. La privation d'oxygène entraîne des séquelles plus ou moins graves en fonction de la durée de l'hypoxie. Si la strangulation est de courte durée, elle ne peut conduire qu'à une brève perte de connaissances sans conséquence. En revanche, si elle se prolonge, elle peut induire une souffrance neuronale, réversible dans un premier temps, et se traduisant par des troubles de la conscience et parfois des convulsions.

Au-delà de 3 à 5 min, l'anoxie peut alors conduire à une souffrance neuronale cette fois-ci irréversible et donc à un coma profond avec des épisodes de bradycardies intenses voire

jusqu'à la mort. Dans les cas les plus graves, les lésions cérébrales irréversibles peuvent être à l'origine de séquelles de type déficit sensitif ou moteur (existence de cas de paralysie ou paraplégie), ou encore de déficit sensoriel (surdité ou/et cécité voire encéphalopathie)

Les symptômes post anoxiques sont également nombreux et variables selon la durée de l'hypoxie. La répétition systématique de ces conduites d'asphyxie augmente aussi le risque d'apparition de ces symptômes. Bien qu'il manque du recul pour évaluer les conséquences délétères sur long terme, elle peut mener, à court ou moyen terme, sur le plan somatique, à des répercussions significatives, avec de multiples retentissements.

D'après plusieurs études, les pratiques d'asphyxie doivent être évoquées devant différents symptômes cognitifs nouveaux et inexplicables, comme des difficultés d'attention, de mémorisation de concentration, des amnésies, une tendance à la somnolence ou encore des difficultés scolaires. Des effets sur le plan physique sont aussi retrouvés comme des troubles psychosomatiques (par exemple maux de ventre), des céphalées intenses à répétition, une baisse d'acuité visuelle, la survenue d'absences répétées et épisodes confusionnels mais aussi de syncope. Sur le plan psychologique, il a également été observé l'apparition de certains troubles : anxiété, dépression, trouble du sommeil, hyperactivité, phobies scolaire ou sociale.(42)(52)(49)

Enfin, lorsque le mode opératoire s'appuie sur une pendaison, des lésions traumatiques peuvent être observées telles qu'un écrasement du larynx, une fracture du rachis ou une élongation de la moelle cervicale.

6.3.7. Vulnérabilités psychopathologiques

D'après la littérature scientifique, la majorité des participants aux « jeux d'asphyxie » ne présente pas de « profil type » psychopathologique.

Les premiers cas de décès rapportés dans les médias, dans les années 1990, concernaient généralement des garçons plutôt performants sur le plan scolaire et sportif et qui n'étaient pas engagés dans d'autres conduites à risque. De ce fait, le « choking game » était appelé par les médias américains le « good kids games ».(49)

Cependant, depuis la fin des années 2000, des études scientifiques ont retrouvé certaines vulnérabilités chez les adeptes des jeux asphyxie, qui contredisent cette dénomination.

Il est, par exemple, ressorti des études, l'association significative de la pratique de jeux d'asphyxie avec la pratique d'autres comportements à risques. En effet, il a été retrouvé que chez les collégiens la pratique des « jeux d'asphyxie » est significativement corrélée avec des comportements d'usage de substances toxiques, violences et trouble de santé mentale. Par ailleurs, il a été révélé que parmi les jeunes pratiquants des conduites d'asphyxie, 21% avaient adoptés parallèlement la scarification dans les 12 derniers mois.(53)

Le potentiel addictif des comportements d'asphyxie a également été souligné dans certaines études et décrit comme un trouble addictif aux dangers. Cela concernait des individus pour qui le danger apparaît comme un facteur attractif et non aversif. Ainsi, les jeux d'asphyxie déclenchent des effets psychiques similaires à ceux de l'alcool ou des drogues et peut s'avérer comme une addiction sans substance. L'auto-asphyxie est décrite comme une expérience émotionnelle et existentielle majeure pour le pratiquant avec un pouvoir auto-renforçant. Le joueur cherchera alors sans cesse à renouveler l'expérience. (54)

De même, certaines études soulignent une symptomatologie dépressive/impulsive plus sévère chez les pratiquants que chez non-joueurs. En effet, les joueurs présenteraient certains troubles du comportement comme l'hyperactivité et l'inattention ainsi qu'une plus forte recherche de sensations.(55)(56)

Malgré l'ensemble des répercussions décrites ci-dessus, la pratique des « jeux dangereux » reste la conduite à risque la moins connue par les professionnels, avec notamment une sous-estimation du nombre de décès. Leur repérage est très difficile, car elles sont réalisées à l'abri des regards et facilement dissimulables à l'entourage. Dans la littérature, on retrouve très peu d'études épidémiologiques visant à repérer la pratique des « jeux de non-oxygénation » et quasiment aucune sur les caractéristiques et motivations des participants.

Dans ce contexte, une recherche sur ce sujet permettrait de pouvoir améliorer la politique de prévention auprès de la population concernée (adolescents, familles, éducation nationale, professionnels de santé...). L'étude suivante va ainsi s'interroger sur les pratiques des « jeux d'asphyxie » chez les adolescents.

Matériel et méthode

7.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, transversale, basée sur des données déclaratives, obtenues par un auto-questionnaire anonyme concernant la pratique des jeux dits « d'asphyxie » des adolescents.

7.2. Objectifs de l'étude et hypothèse de recherche

7.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux des pratiques des jeux d'asphyxie chez les adolescents, résidants en Haute-Vienne.

Une meilleure connaissance de ces pratiques, auxquelles les adolescents s'adonnent, avec parfois des conséquences délétères, permettrait ainsi au médecin généraliste d'exercer une prévention plus efficace et plus adaptée en personnalisant son approche.

7.2.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire de cette étude consiste à mettre en évidence d'éventuels facteurs pouvant influencer la pratique de ces jeux « d'asphyxie » dans le but de faciliter leur dépistage par les médecins généralistes et de pouvoir proposer des actions de préventions pertinentes.

7.3. Élaboration du questionnaire

Pour répondre à la question de recherche, nous avons créé un auto-questionnaire, strictement anonyme de vingt-six questions au total (vingt questions principales plus six questions « bis ») (Annexe 1).

Ce questionnaire est composé de dix-sept questions fermées à choix multiples ; de cinq questions fermées à choix dichotomiques (fille / garçon ; public / privé ; oui / non ; positif / négatif) dont deux proposant un complément de réponse ouverte et brève ; et de quatre questions ouvertes (âge ; nombre et âge de frère et sœur ; moyens d'information souhaités)

Il est organisé en deux parties :

- Une première partie plus générale composée de dix questions principales et une bis, recherche :
 - L'âge et le sexe des adolescents participants,
 - La présence ou non de frères/sœurs, ainsi que leur âge,
 - L'existence ou non d'un foyer monoparental,
 - Le type d'établissement scolaire ainsi que le niveau scolaire
 - Les conduites à risque existantes
 - L'âge de la première utilisation de téléphone portable
 - La facilité d'accès à internet.

- Une seconde partie plus spécifique des jeux « d'asphyxie », composée de dix questions principales et de cinq bis porte sur :
 - La connaissance de ces jeux
 - Les modalités de pratiques
 - L'existence de délivrance de message de prévention
 - Les sensations recherchées lors de la pratique de ces jeux. Dans ce cas les items proposés correspondaient aux sensations énoncées dans la bibliographie.

Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test sur un nombre restreint de personnes pour s'assurer de sa bonne compréhension. Aucune modification n'en a découlé.

7.4. Considérations éthiques et autorisations nécessaires

Au vu du sujet de notre étude, nous avons besoin de recueillir des autorisations pour la réaliser. Celles-ci ont été demandées auprès du comité d'éthique, de la protection des données ainsi que du rectorat et des représentants de l'autorité parentale.

Le projet et le questionnaire ont ainsi été soumis au Comité d'Éthique du CHU de Limoges en février 2021. L'étude porte le n° d'autorisation 546-2022-202.

À la suite du passage en comité d'éthique, le questionnaire a été modifié. La possibilité de répondre « Je ne souhaite pas répondre » a été ajoutée.

Nous avons ensuite demandé un avis concernant le règlement général sur la protection des données mais devant l'anonymat du questionnaire, aucune formalité supplémentaire n'a été nécessaire.

De part la méthode initiale, choisie pour notre étude, qui était de distribuer des questionnaires dans les collèges de Haute-Vienne, un accord préalable de l'Académie de Limoges était nécessaire. Nous avons donc rédigé une note explicative de notre démarche afin d'avoir l'accord de Madame la Rectrice de l'Académie de Limoges ainsi que celui du médecin conseil auprès de la Rectrice, pour réaliser cette enquête via les collèges de Haute-Vienne (Annexe 4). Malheureusement, l'autorisation de délivrer le questionnaire dans les collèges de Haute-Vienne a été refusée. La crise sanitaire actuelle ayant déjà engendrée de multiples bouleversements, il n'était pas souhaité par Madame la Rectrice une déstabilisation supplémentaire de l'organisation des collèges. Devant ce refus, nous avons modifié la méthode de recueil des questionnaires, qui sera détaillée par la suite.

L'accord préalable des parents a également été recueilli pour la participation à l'étude, après information par une note explicative, via un formulaire de non-opposition de participation à l'étude (Annexe 2). Enfin, un dernier formulaire (Annexe 3) destiné aux adolescents enquêtés, a été réalisé pour récupérer leur accord à la participation de cette étude.

7.5. Population de l'étude

2.5.1. Critères d'inclusion

Initialement, la population cible comprenait les adolescents scolarisés dans les collèges de Haute-Vienne.

Suite au refus de l'Académie de Limoges, il a été choisi d'étudier comme population les adolescents âgés de 11 à 17ans, rencontrés en consultation de médecine générale dans les cabinets du Palais-Sur-Vienne, Chalus, Saint-Victurnien et Limoges.

Les enfants inclus étaient ceux dont les parents avaient répondu favorablement à la demande d'autorisation et qui acceptaient de participer.

2.5.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion choisis pour l'étude étaient :

- Refus de participation de la part de l'adolescent et/ou du parent.
- Consultations compliquées : Fièvre au moment de la consultation / EVA>4/10 au moment de la consultation / Mise en place d'un traitement spécifique au cours de cette consultation (nouveau traitement, antibiotique).

7.6. Déroulement de l'enquête

2.6.1. Dates et lieux de l'enquête

Il était initialement prévu que les questionnaires soient distribués en salle de classe des collèges de Haute-Vienne, en fin de cours, en présence de l'investigatrice, avec à la suite un message de prévention et une fiche informative délivrés. Cependant devant le refus de l'académie de Limoges, une nouvelle approche a été réfléchié et mise en place.

L'enquête s'est alors déroulée en Haute-Vienne, au cours de consultations de médecine générale dans 4 cabinets de médecine générale à Chalus, Saint-Victurnien, le Palais-Sur-Vienne et Limoges.

Les différents lieux de l'enquête correspondaient aux lieux de stage de l'investigatrice durant le déroulement de l'enquête.

L'enquête a été réalisée sur une période de 8 mois, du 1^{er} avril 2022 au 1^{er} décembre 2022.

2.6.2 Conditions de réalisation de l'enquête

L'enquête a été réalisée à l'occasion de consultations de médecine générale que l'investigatrice a réalisée auprès des adolescents.

Afin de ne pas entraver à la bonne prise en charge des patients, seules les consultations suivantes ont été concernées : vaccination, certificat d'aptitude sportif, virose sans prescription d'antibiotique ou facteurs de risques de gravité ni fièvre au moment de l'examen, et traumatismes bénins avec EVA<4/10.

Une explication sur l'intérêt de l'étude a été délivrée à la fois aux parents et à l'adolescent. En fonction de leur intérêt porté sur le projet, un consentement parental avec une fiche informative étaient distribués aux parents et récupérés le jour de la réalisation de l'enquête.

Il était également rappelé aux adolescents que la participation n'était pas obligatoire, et leur consentement était recueilli au moment de la consultation.

Une fois l'autorisation parentale ainsi que le consentement du mineur recueilli, un QR (quick réponse) Code était distribué. Le collégien pouvait ainsi répondre, via ce QRcode, au questionnaire, de manière anonyme et sans la pression de la consultation, afin de recueillir les réponses les plus fidèles possibles. Aucune donnée personnelle comme par exemple une adresse mail n'était nécessaire pour accéder au questionnaire ou envoyer ses réponses.

Dans le cas de l'éventualité de la non-possibilité d'accès au QR-Cod, le questionnaire pouvait être distribué sous format papier. Cette éventualité ne s'est pas présentée.

7.7. Saisie et exploitation des données

Les données des questionnaires ont été saisies à l'aide du logiciel Excel® .

Ce même logiciel Excel® a permis l'analyse descriptive et univariée des résultats (décomptes, moyennes, médianes...).

Les analyses statistiques entre les variables qualitatives ont été réalisées sur le site internet BiostaTGV®.

Afin de pouvoir prendre en compte les réponses aux questions ouvertes et devant un éventail de réponses limitées, un regroupement a été effectué à posteriori en établissant des thèmes prédominants. Ce regroupement a ensuite permis une analyse quantitative des réponses, réalisée de manière similaire aux questions fermées.

Pour les analyses, dont les effectifs étaient inférieurs à 5, le test de Fischer du site BiostaTGV® a été utilisé. Pour les effectifs de plus de 5, un test Chi2 a été réalisé.

Un seuil de significativité à 5% ($p < 0,05$) a été retenu pour toutes les analyses.

7.8. Bibliographie

Les moteurs de recherches utilisés ont été Google, SUDOC et Pub Med.

Les mots clés utilisés ont été : conduites à risques, jeux dangereux, jeux d'asphyxie, jeux de non-oxygénation, adolescents, prévention.

La mise en forme de la bibliographie a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero.

Résultats

8.1. Données socio-démographiques

Le questionnaire a été distribué à 104 individus, avec un taux de participation de 100%. Aucun questionnaire n'a nécessité d'être exclu, car tous remplis de manière complète. Un total de 104 adolescents a ainsi été inclus dans l'étude, dont 57 filles (54,8%) et 47 garçons (45,2%). L'âge des participants était compris entre 11 et 17 ans, avec une moyenne de 14,5 ans. La moyenne d'âge des filles était de 14,6 ans et la moyenne d'âge des garçons de 14,4 ans.

Concernant la structure familiale, 16 adolescents étaient enfant unique, soit 15,4% de l'échantillon. Parmi les 88 autres adolescents (soit 84,6% de l'échantillon), ils comptaient tous 1 à 5 frères et/ou sœurs dans leur fratrie. Respectivement, 42 adolescents (soit 47,7%) avaient un frère ou une sœur ; 23 (soit 26,1%) en avaient 2 ; 15 (soit 17%) en avaient 3 ; 4 (soit 4,5%) en avaient 4 et 4 (soit 4,5%) en avaient 5. Le rang de l'adolescent dans sa fratrie a également pu être objectivé. Ainsi, 33 des adolescents participants étaient l'aîné de leur fratrie (37,5%) ; 38 étaient le benjamin de la fratrie (43,2%) ; et 17 le cadet, c'est-à-dire ni l'aîné ni le benjamin de la fratrie (19,3%).

Concernant la scolarité des adolescents qui ont été inclus dans l'étude, 69 étaient scolarisés dans un établissement public soit 66,3%, et 35 dans un établissement privé, correspondant à 33,7% de l'échantillon. 33 adolescents (31,7%) avaient une moyenne supérieure à 15/20 ; 37 adolescents (35,6%) entre 15/20 et 12/20 ; 24 adolescents (23,1%) comprise entre 12/20 et 10/20. Enfin 10 adolescents (9,6%) avaient leur moyenne scolaire inférieure à 10/20. La présence ou non d'heures de colles a été la troisième information recherchée sur la scolarité des adolescents participants. 69 adolescents (66,3%) n'avaient jamais eu d'heures de colles. 23 adolescents (22,1%) avaient eu des heures de colles moins d'une fois par mois ; et 6 adolescents (5,8%) plusieurs fois dans le mois. Enfin 6 adolescents (5,8%) ne souhaitaient pas répondre à cette question.

A propos de l'accès aux nouvelles technologies, deux critères ont été recherchés via le questionnaire : la possession d'un portable ainsi que l'accès à internet. La majorité des adolescents avaient un portable, parmi eux 28 adolescents (36,8%) l'ont obtenu en primaire et 74 adolescents (71,2%) au collège. Seuls 2 adolescents, soit 1,9% de l'échantillon, n'en possédaient pas. Aucun ne l'avait obtenu durant leur lycée. La totalité des adolescents avaient accès à internet, dont 87 (83,7) sans restriction et 17 (16,3%) avec un contrôle parental.

Le questionnaire visait également à interroger les adolescents sur leur pratique de conduites à risque. Pour cette question, plusieurs réponses pouvaient être cochées de manière simultanée. Le nombre de réponses obtenues était ainsi supérieur au nombre d'inclus dans l'étude. Au total, 57 participants soit 54,8% des adolescents n'avaient participé à aucune des conduites à risque citées. Dans l'ordre ensuite, « Fumé une cigarette » a été coché 25 fois (24%) ; « Eu des idées noires » coché 21 fois (20,2%) ; « Eu des rapports sexuels non protégés » coché 18 fois (17,3%) ; « Fumé du cannabis » coché 12 fois (11,5%) ; « Pratiqué une activité qui pouvait vous mettre en danger vous ou autrui » coché 11 fois (10,6%) ; « Eu recours à des scarifications » coché 10 fois (9,6%) ; « Consommé de l'alcool de manière massive » coché également 10 fois (9,6%) ; « Fait une tentative de suicide » coché 7 fois, tout comme « conduit une voiture ou scooter sans permis » (6,7%) ; et enfin « Consommé d'autres substances psychoactives » coché 5 fois (4,8%).

Les caractéristiques sociodémographiques des adolescents inclus ont été résumées sous forme d'un tableau récapitulatif dans la figure 2 ci-dessous.

Caractéristiques sociodémographiques		Effectifs	Fréquences (%)
Sexe ratio	Hommes	47	45,2
	Femmes	57	54,8
Age	11	3	2,9
	12	11	10,6
	13	25	24,8
	14	12	11,5
	15	15	14,4
	16	19	18,3
	17	19	18,3
Fratricie	Oui	88	84,6
	Non	16	15,4
Nombre de frères/sœurs	1	42	47,7
	2	23	26,1
	3	15	17,0
	4	4	4,5
	5	4	4,5
Position dans la fratrie	Ainé	33	37,5
	Cadet	17	19,3
	Benjamin	38	43,2
Type d'établissement	Public	69	66,3
	Privé	35	33,7
Moyennes scolaires	Supérieur à 15/20	33	31,7
	Entre 15/20 et 12/20	37	35,6
	Entre 12/20 et 10/20	24	23,1
	Inférieur à 10/20	10	9,6
Heures de colles	Plus d'une fois par mois	6	5,8
	Moins d'une fois par mois	23	22,1
	Jamais	69	66,3
	Je ne souhaite pas répondre	6	5,8
Possession d'un portable	Oui, en primaire	28	36,8
	Oui, au collège	74	71,2
	Oui, au lycée	0	0,0
	Je n'en ai pas	2	1,9
Accès à internet	Oui sans restriction	87	83,7
	Oui avec contrôle parentale	17	16,3
	Non	0	0,0
Conduites à risques	Fumé une cigarette	25	24,0
	Fumé du cannabis	12	11,5
	Consommé de l'alcool de manière massive	10	9,6
	Consommé d'autres substances psychoactives	5	4,8
	Conduit une voiture ou un scooter sans permis	7	6,7
	Eu des rapports sexuels non protégés	18	17,3
	Fais une tentative de suicide	7	6,7
	Eu des idées noires	21	20,2
	Eu recours à des scarifications	10	9,6
	Pratiqué une activité qui pouvait vous mettre vous ou autrui en danger	11	10,6
Aucun de ceux cités au-dessus	57	54,8	

Figure 2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

8.2. Connaissances des adolescents sur les « jeux d'asphyxie »

Une proportion de 64,4% des adolescents, soit un nombre de 67, connaissait l'existence des « jeux d'asphyxie ». Parmi eux, 37 étaient des filles et 30 des garçons.

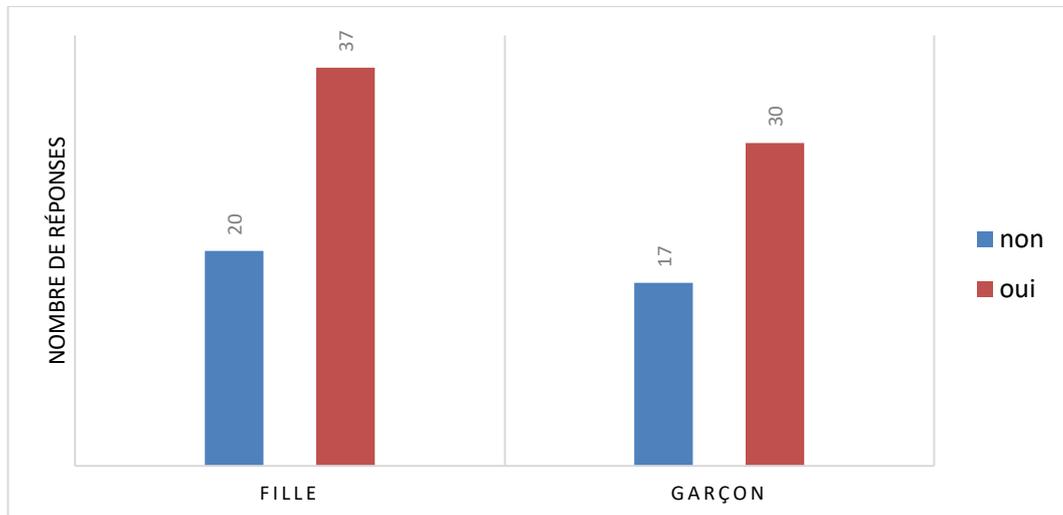


Figure 3 : Répartition des adolescents en fonction du sexe et de la connaissance des "jeux d'asphyxie"

Parmi les adolescents qui connaissaient les « jeux d'asphyxie », plus de la moitié d'entre eux les avait découverts par leurs ami(e)s, soit un total de 38 adolescents (56,7%). Dans l'ordre ensuite, 21 adolescents les avaient connus à travers les réseaux sociaux ; 6 adolescents dans un film ou série ; et 2 par leur frère et/ou sœur et/ou cousin(e).

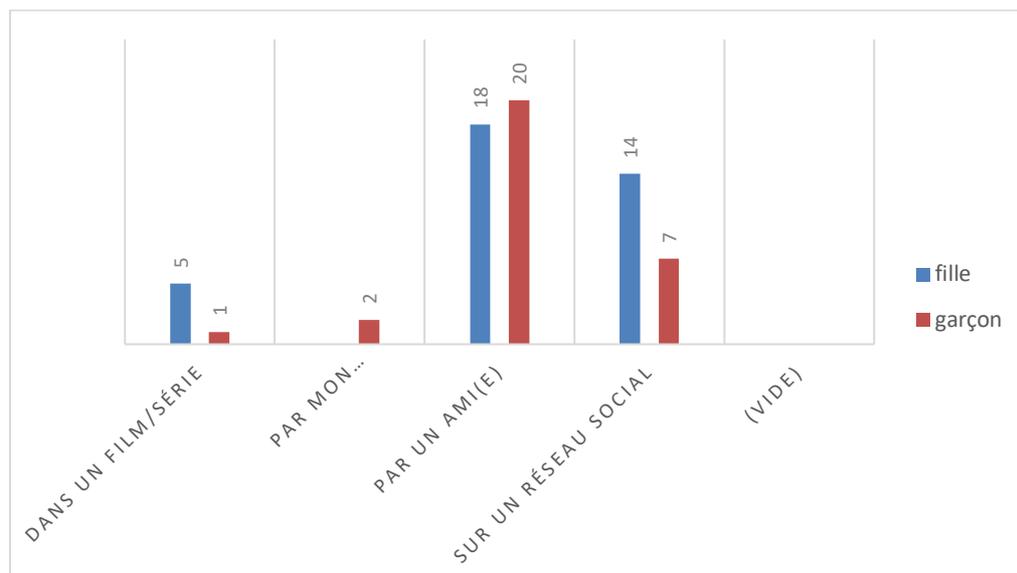


Figure 4 : Moyens de découvertes des "jeux d'asphyxie"

Un nombre de 20 adolescents (19,2%) avait déjà reçu une proposition de participation à l'un de ces « jeux d'asphyxie ». Parmi eux, 16 propositions venaient d'un ami(e) et 4 avaient été faites par un inconnu. Les 84 autres adolescents n'avaient jamais eu de proposition de participation.

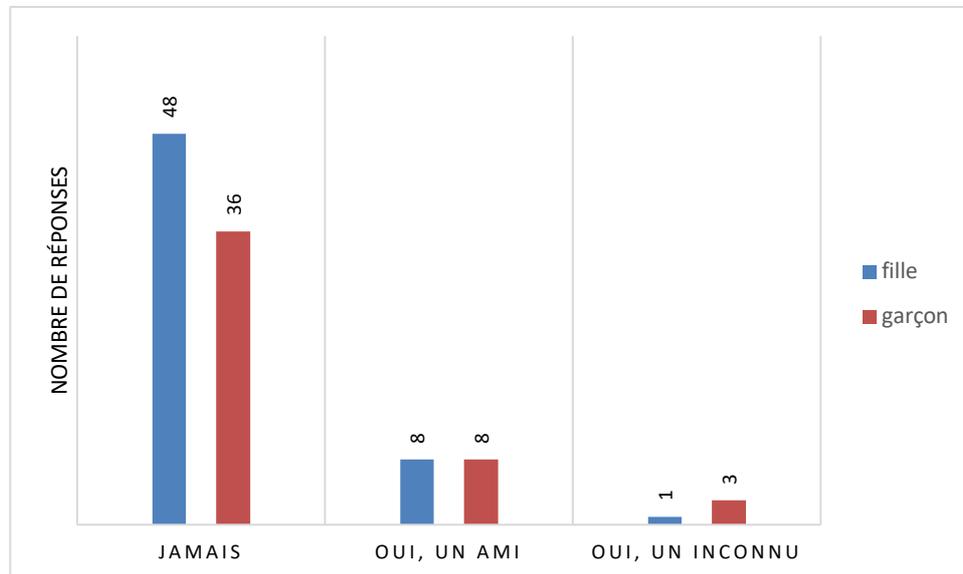


Figure 5 : Proposition de participation

Concernant l'entourage des interrogés, 7 adolescents ont répondu avoir au moins un(e) ami(e) participant à ces « jeux », et 15 autres connaissaient des participants dans leur entourage scolaire ou extra-scolaire. En revanche, ils n'ont déclaré aucune personne de leur entourage familial participant ce type de « jeux ».

8.3. Délivrance d'un message de prévention

Le questionnaire visait également à rechercher si les adolescents avaient déjà reçu des informations de prévention quant à ces pratiques de « jeux d'asphyxie ». Pour cette question, plusieurs réponses pouvaient être cochées de manière simultanée. Le nombre de réponses était donc supérieur à l'effectif de l'étude. Au total, 64 adolescents interrogés soit 46% n'avaient jamais bénéficié d'information de prévention. Puis, par ordre décroissant, 19 adolescents ont déclaré avoir déjà reçu une information via les réseaux sociaux ; 18 adolescents par leur entourage familial ; 15 adolescents par leur enseignant ; 10 adolescents à travers la télévision ou la radio ; 5 adolescents par un ami(e) ; 4 adolescents par l'infirmière scolaire ; 3 adolescents par un médecin généraliste ; et 1 adolescent par un pédiatre. Aucun adolescent participant à l'étude n'avait coché les cases « oui, sur un site internet », et « oui, sur un magazine ». Ces résultats sont présentés dans la figure 6.

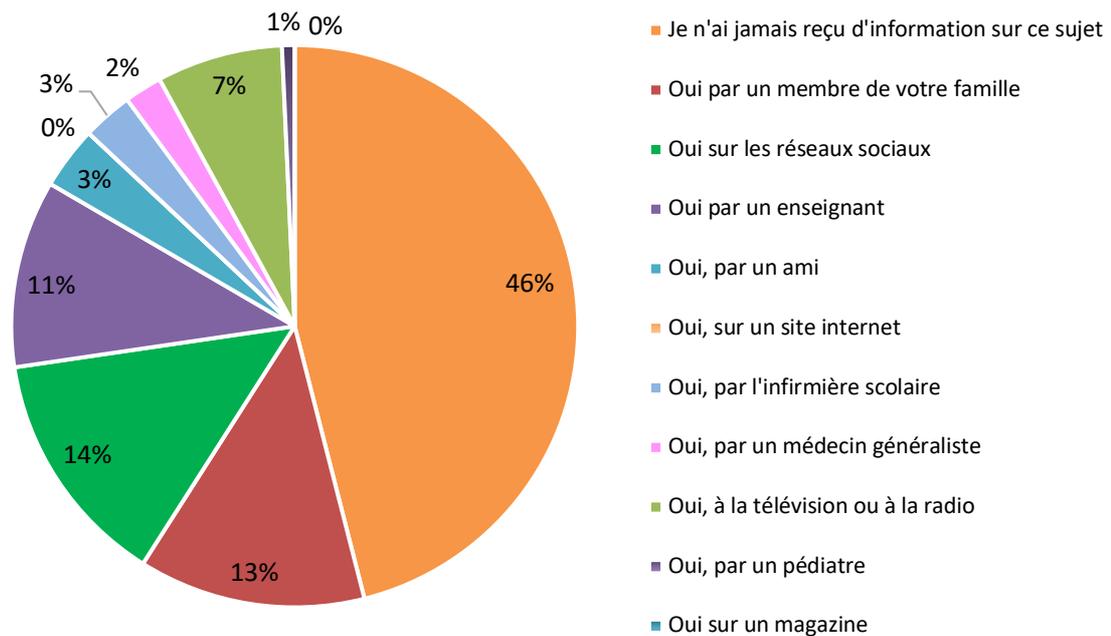


Figure 6: Sources d'informations de prévention sur la pratique des « jeux dangereux »

La dernière question, relative aux connaissances sur ces « jeux », interrogeait les adolescents sur l'interlocuteur souhaité pour la délivrance d'un message de prévention. C'était une question qualitative à réponse ouverte. 91 réponses ont été obtenues à cette question. Les réponses ont été regroupées par thème. Au total, 35 adolescents, soit 38,5%, souhaitaient recevoir ces informations par un médecin. 25 adolescents (27,5%) préféraient un membre de la famille ; 20 adolescents (22%) un enseignant, 10 (11%) un(e) ami(e) ; et 1 (1,1%) les réseaux sociaux. La figure 7 récapitule sous la forme d'un histogramme les réponses à cette question, distribuées en fonction du sexe des adolescents.

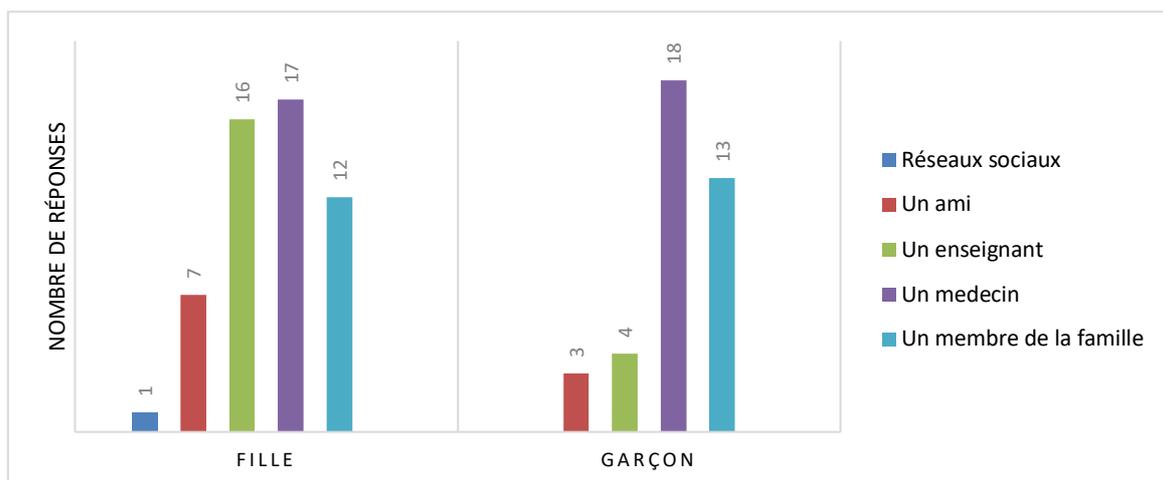


Figure 7 : Souhait concernant la délivrance d'informations de prévention en fonction du sexe

L'ensemble des informations recueillies sur les connaissances des adolescents ainsi que les sources de prévention délivrées sur les « jeux d'asphyxie » sont résumés sous forme d'un tableau récapitulatif dans la figure 8 ci-dessous.

Caractéristiques des connaissances des "jeux asphyxie"		Effectifs	Fréquences (%)
Connaissance de l'existence des "jeux d'asphyxie"	Oui	67	64,4
	Non	37	35,6
Moyens de connaissance	Par un ami(e)	38	56,7
	Par mon frère/sœur/cousin(e).	2	3,0
	Sur un réseau social	21	31,3
	Dans un film/série	6	9,0
Proposition de participation	Oui, mon frère/sœur/cousin(e).	0	0,0
	Oui, un ami(e)	16	15,4
	Oui, un inconnu	4	3,8
	Jamais	84	80,8
Entourage qui joue	Oui, mon frère/sœur/cousin(e).	0	0,0
	Oui, un ami(e)	7	6,7
	Oui, certaines personnes que je connais (collèges, activités extra scolaires)	15	14,4
	Personne	82	78,8
Informations de prévention reçues	Je n'ai jamais reçu d'information sur ce sujet	64	46,0
	Oui par un membre de votre famille	18	12,9
	Oui sur les réseaux sociaux	19	13,7
	Oui par un enseignant	15	10,8
	Oui, par un ami	5	3,6
	Oui, sur un site internet	0	0,0
	Oui, par l'infirmière scolaire	4	2,9
	Oui, par un médecin généraliste	3	2,2
	Oui, à la télévision ou à la radio	10	7,2
	Oui, par un pédiatre	1	0,7
Par qui être informé	Oui sur un magazine	0	0,0
	Un médecin	35	38,5
	Un membre de la famille	25	27,5
	Des réseaux sociaux	1	1,1
	Un enseignant	20	22,0
	Un ami	10	11,0

Figure 8 : Caractéristiques des connaissances des adolescents sur les « jeux d'asphyxie »

8.4. Pratiques des adolescents participants aux « jeux d'asphyxie »

Sur les 104 interrogés, 20 adolescents ont déclaré avoir déjà participé aux « jeux d'asphyxie », soit 19,2% de l'échantillon. Parmi eux, 10 étaient des filles et 10 des garçons. Concernant les 84 autres personnes qui ont répondu par la négation, deux filles ont coché la réponse « Non, mais j'aimerais y jouer ».

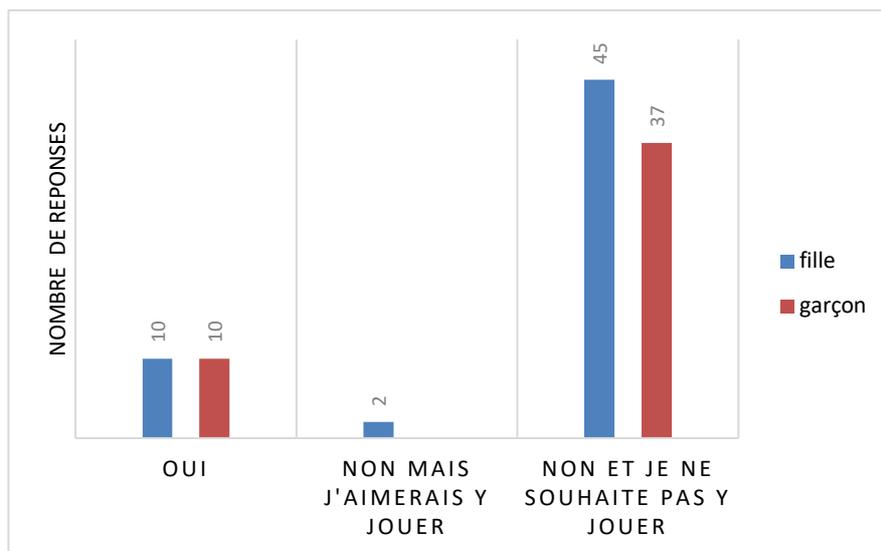


Figure 9: Répartition des adolescents en fonction du sexe et de leur participation aux "jeux d'asphyxie"

Les 6 dernières questions ne concernaient que les adolescents ayant déjà participé à ces « jeux d'asphyxie », soit un total de 20 individus.

Plus de la moitié des joueurs (55%) avait initié leur pratique avant l'âge de 11 ans, soit un nombre de 11 adolescents. Concernant les 9 autres adolescents, 6 avaient débuté leur pratique entre 11 et 13 ans ; et 3 entre 13 et 15 ans. Aucun joueur n'avait commencé à jouer après l'âge de 15 ans.

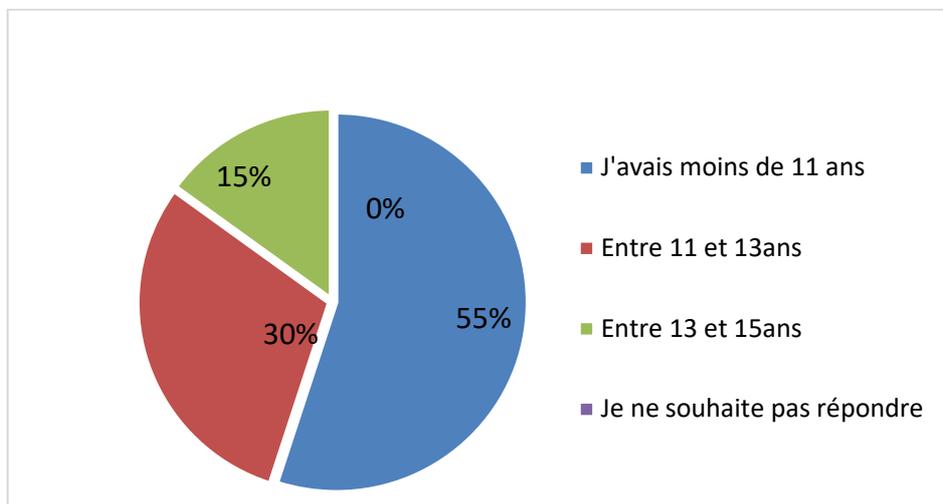


Figure 10 : Âge du début des pratiques des "jeux d'asphyxie"

La question suivante visait à recenser les lieux où sont pratiqués les « jeux d'asphyxie ». C'était une question à choix multiples. Le nombre de réponses était donc supérieur à l'effectif des joueurs avec 21 réponses obtenues au total. Une seule personne, de sexe féminin, a coché deux réponses simultanées : « A la maison » et « Dans les toilettes de votre établissement ». Le milieu scolaire a été le plus cité par les participants, à raison de 11 fois. Parmi eux, « Dans la cour de récréation » a été coché à 8 reprises soit 38% ; « Dans les vestiaires d'EPS » coché 2 fois soit 9% ; et « Dans les toilettes de votre établissement » coché 1 fois soit 5%. Concernant les 10 autres réponses obtenues, 6 avaient coché « Chez un ami » ; 3 « A la maison » ; et 1 « Dans un lieu public ».

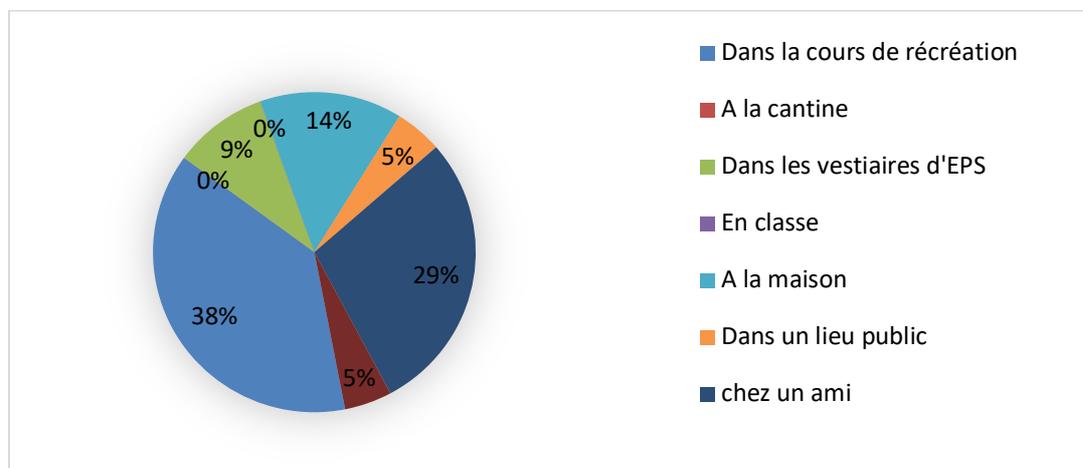


Figure 11 : Répartition des lieux où se déroulent les "jeux d'asphyxie"

En plus du lieu de pratique des « jeux d'asphyxie », les participants ont été interrogés sur « avec qui jouez-vous ? » et « combien de fois y avez-vous joué ».

« Avec qui jouez-vous » était une question à choix multiples. Aucun individu n'a coché plusieurs cases simultanées. 70% de l'effectif a répondu avoir joué « avec un groupe d'amis », soit 14 individus. 2 individus ont déclaré jouer « seul ». 2 autres avaient déclaré jouer « avec un membre de ma famille ». 1 personne jouait « avec un ami » et 1 personne n'a pas souhaité répondre à cette question. En revanche, aucun n'a répondu jouer « avec des inconnus » ou « seul en direct des réseaux sociaux »

La fréquence du jeu quant à elle, avait fait l'objet d'une question fermée, à réponse unique. 3 individus n'avaient pas souhaité répondre à cette question, soit 15% de l'effectif. Concernant les 17 autres individus, 9 ont joué « une fois » (45%), 7 « moins de 5 fois » (35%) et 1 personne « plus de 5 fois » (5%).

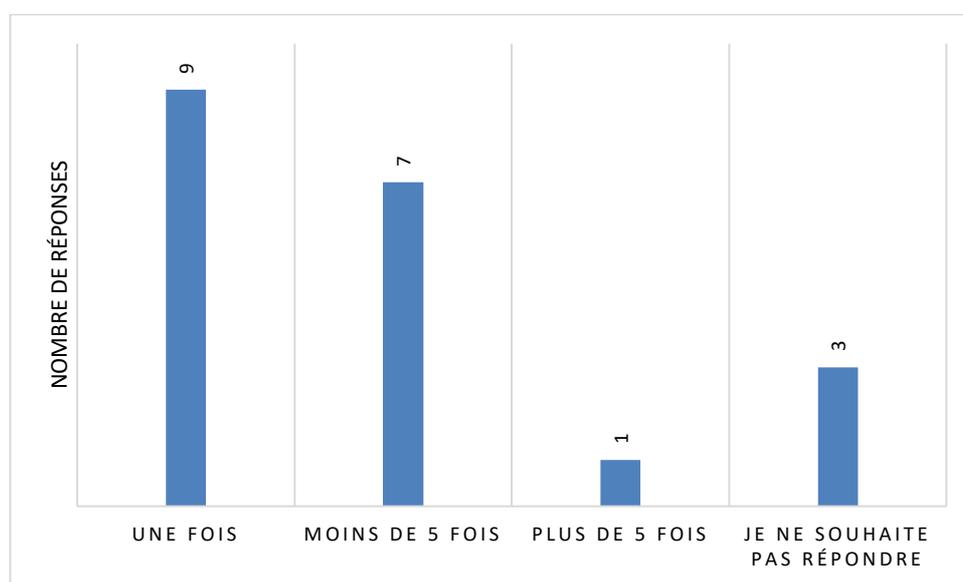


Figure 12 : Nombre de participation aux "jeux d'asphyxie"

Enfin les deux dernières questions interrogeaient les participants sur le versant émotionnel. Il s'agissait plus précisément de connaître le but recherché lors de ces pratiques ainsi que les émotions ressenties. Ces deux dernières questions étaient à réponses multiples. Toutes deux avaient comme dernière proposition la case « Autre », où l'adolescent pouvait rajouter une réponse de manière libre.

Concernant le but recherché, aucun n'a répondu plusieurs réponses simultanées. Les adolescents interrogés ont déclaré à 12 reprises participer à ces « jeux » « par curiosité » (60%). 2 individus avaient coché la case « pour m'amuser » et 2 autres « pour la reconnaissance sociale ». « Pour affronter la mort, le danger » a été coché à une reprise, tout comme « pour m'affirmer » et « pour perdre connaissance ». Un seul individu a coché la case « Autre », et complété sa réponse par « suicide ».

Quant aux émotions ressenties au cours du « jeu », aucun n'a coché plusieurs réponses simultanées. 7 adolescents, soit 35% de l'effectif, ont déclaré avoir ressenti une « sensation vertigineuse voire hallucination ». 6 autres ont coché la case « Sensation de courage » soit

30% des interrogés. Les cases « Sensation de perte de contrôle », « Sensation de liberté » et « Sensation d'excitation » ont été chacune cochées à 2 reprises. Une seule personne a coché la case « Autre » et complété par « Rien ».

Les réponses aux deux dernières questions sont réparties, en fonction du sexe, dans les figures 13 et 14 suivantes sous forme d'histogramme.

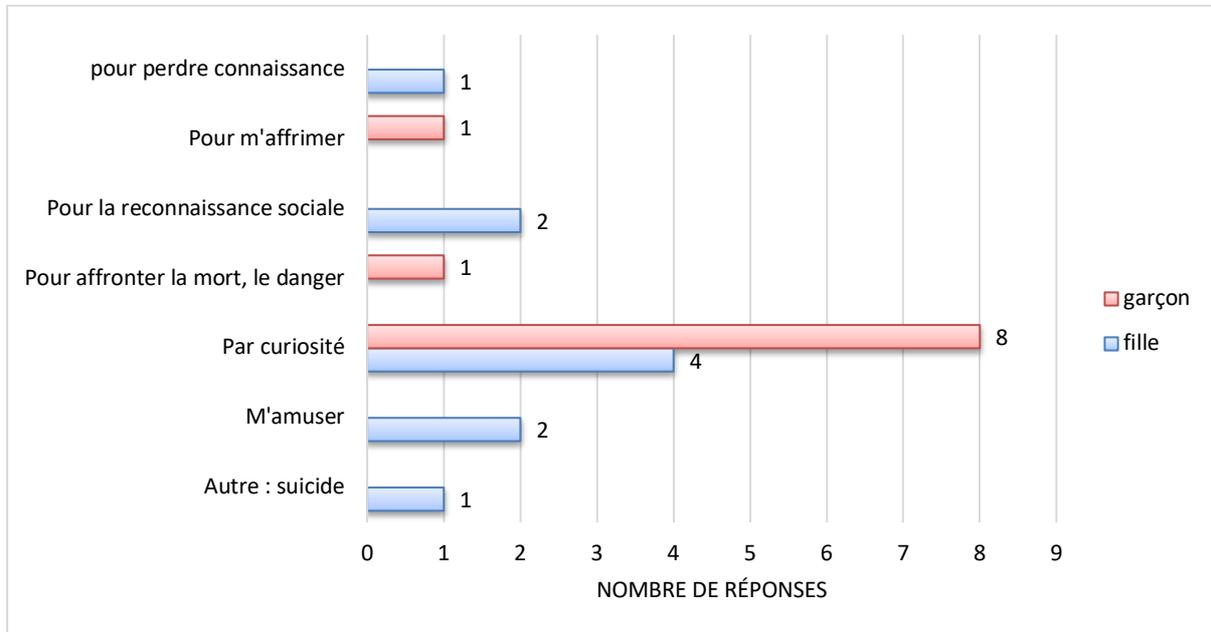


Figure 13 : Buts recherchés dans la pratique des « jeux d'asphyxie »

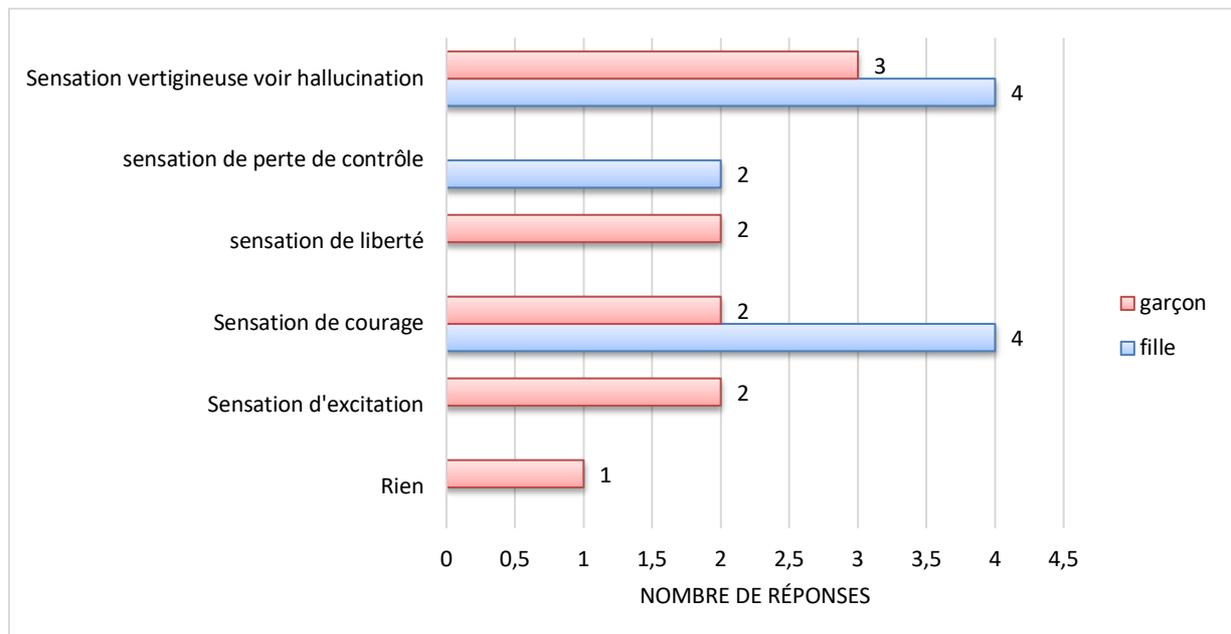


Figure 14 : Sensations ressenties pendant les "jeux d'asphyxie"

L'ensemble des informations recueillies sur les pratiques des « jeux d'asphyxie » des adolescents est résumé sous forme d'un tableau récapitulatif dans la figure 15 ci-dessous.

Caractéristiques des pratiques des "jeux asphyxie"		Effectifs	Fréquences (%)
Participation aux "jeux d'asphyxie"	Oui	20	19,2
	Non, mais j'aimerais y jouer	2	1,9
	Non, et je ne veux pas y jouer	82	78,8
Âge du premier jeu	J'avais moins de 11 ans	11	55,0
	Entre 11 et 13ans	6	30,0
	Entre 13 et 15ans	3	15,0
	J'avais plus de 15ans	0	0,0
	Je ne souhaite pas répondre	0	0,0
Lieu où se déroule le jeu	Dans la cour de récréation	8	38,1
	A la cantine	0	0,0
	Dans les vestiaires d'EPS	2	9,5
	En classe	0	0,0
	Dans les toilettes de votre établissement	1	4,8
	Dans les couloirs/escaliers de votre établissement scolaire	0	0,0
	Devant votre établissement scolaire	0	0,0
	Dans un lieu public	1	4,8
	chez un ami	6	28,6
	A la maison	3	14,3
Présence d'autres participants	Seul	2	10,0
	Avec un ami	1	5,0
	Avec un groupe d'amis	14	70,0
	avec un membre de ma famille	2	10,0
	Avec des inconnus	0	0,0
	Seul en direct des réseaux sociaux	0	0,0
	Je ne souhaite pas répondre	1	5,0
Nombre de participation	Une fois	9	45,0
	Moins de 5 fois	7	35
	Plus de 5 fois	1	5,0
	Je ne souhaite pas répondre	3	15,0
But recherché	Par curiosité	12	60,0
	Pour rechercher des nouvelles expériences	0	0,0
	Pour m'amuser	2	10,0
	Pour la reconnaissance sociale	2	10,0
	Pour affronter la mort, le danger	1	5,0
	Pour perdre connaissance	1	5,0
	Pour faire comme les autres autour de moi	0	0,0
	Par pression exercée par autrui	0	0,0
	Pour m'affirmer	1	5,0
Autre	1	5,0	
Ressenti éprouvé	Sensation de honte	0	0,0
	Sensation de culpabilité	0	0,0
	Sensation de perte de contrôle	2	10,0
	Sensation d'anxiété, peur	0	0,0
	sensation de liberté	2	10,0
	Sensation d'excitation	2	10,0
	Sensation vertigineuse voir hallucination	7	35,0
	sensation de courage	6	30,0
	Autre	1	5,0

Figure 15 : Caractéristiques des pratiques des "jeux d'asphyxie"

8.5. Analyses en sous-groupes

D'éventuels facteurs prédictifs de la pratique de ces « jeux » ont été étudiés à l'aide d'analyse en sous-groupes, afin de répondre à l'objectif secondaire de cette étude.

Il a été recherché un éventuel lien entre « jouer » et le sexe de l'adolescent, ainsi que le nombre de frère et/ou sœur, et la place de l'adolescent dans la fratrie. Aucune différence significative entre les deux groupes n'a été retrouvée, avec respectivement $p = 0,63$; $p = 0,07$ et $p = 0,19$.

Concernant d'éventuels facteurs favorisant en rapport avec la scolarité des adolescents, il n'est pas ressorti de différence significative entre les deux groupes selon les moyennes scolaires ($p = 0,20$), ni le type d'établissement qu'il soit public ou privé ($p = 0,88$). En revanche, **une différence significative entre le groupe des joueurs et celui des non-joueurs a été retrouvée, selon le nombre d'heures de colles qu'avait eues l'adolescent** ($p = 1,50 \times 10^{-6}$). En effet, les adolescents ayant eu des heures de colles avaient plus tendance à jouer aux jeux d'asphyxie, par rapport à ceux qui n'en avaient jamais eues.

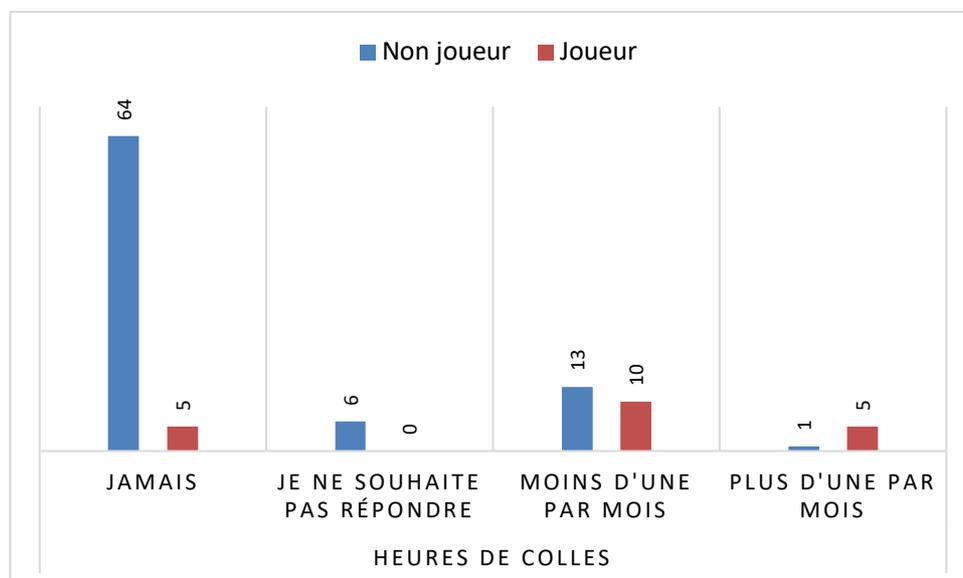


Figure 16 : Répartition des joueurs et non-joueurs en fonction du nombre d'heures de colles

De même, une différence entre les 2 groupes a été recherchée selon leur accès à internet et la possession d'un téléphone portable. Aucune différence n'a été retrouvée avec respectivement $p = 0,51$ et $p = 0,77$.

« Avoir des conduites à risque » est apparu comme un facteur potentiellement favorisant la pratique des « jeux d'asphyxie ». En effet, il existe une différence significative entre le groupe « joueur » et le « non-joueur » avec $p = 0,0008$. 80 % des « joueurs » ont affirmé avoir au moins eu une conduite à risque. Les adolescents ayant des conduites à risque avaient plus tendance à jouer aux « jeux d'asphyxie » par rapport à ceux qui n'en avaient jamais eues.

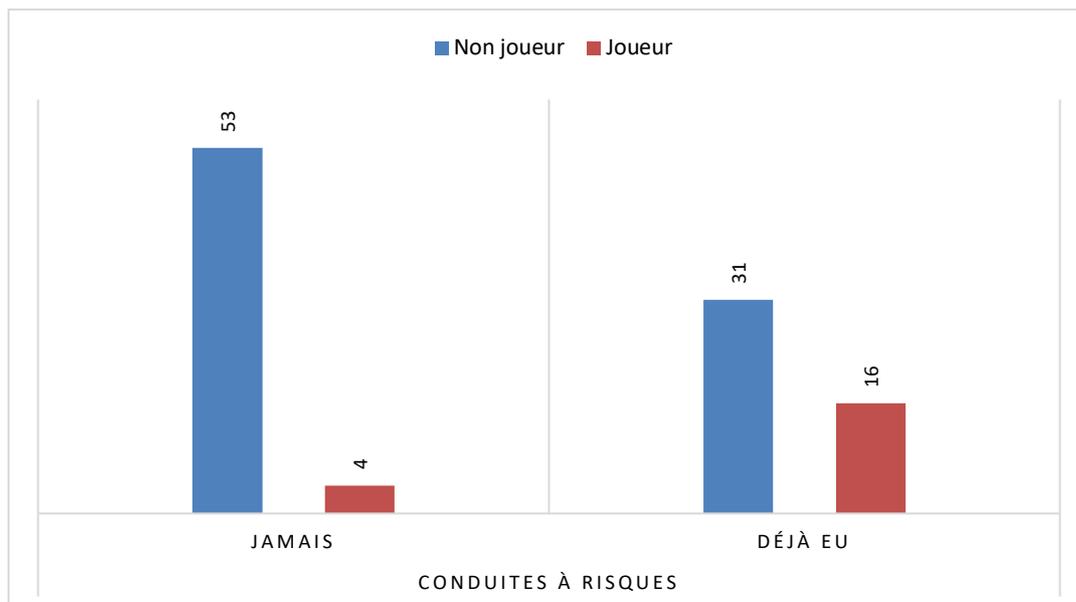


Figure 17 : Répartition des joueurs et non-joueurs en fonction des pratiques des conduites à risque

Parmi les différentes conduites à risque citées dans le questionnaire, **les tests statistiques ont mis en évidence 2 conduites à risque avec une différence significative entre le groupe « joueur » et « non joueurs » : « fumer du tabac » et « avoir pratiqué une activité qui pouvait vous mettre vous ou autrui en danger ».**

A propos de la conduite à risque « fumer du tabac », une différence significative entre les 2 groupes a été retrouvée, avec $p = 0,02$. 48% des joueurs avaient déclaré avoir déjà fumé contre seulement 19% dans les non joueurs. Les adolescents ayant fumés du tabac avaient plus tendance à jouer aux « jeux d'asphyxie » par rapport aux non-fumeurs.

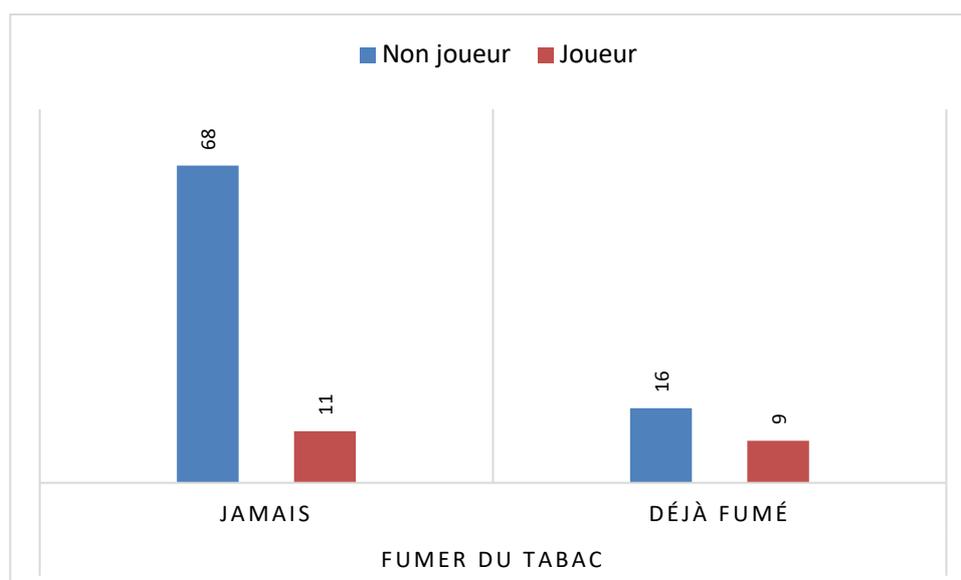


Figure 18 : Répartition des joueurs et non-joueurs en fonction fumeurs et non-fumeurs de tabac

L'autre conduite à risque avec une différence significative était « avoir pratiqué une activité qui pouvait vous mettre vous ou autrui en danger ». De la même manière, il existe une différence significative entre le groupe « joueur » et le « non-joueur » avec $p = 5,65 \times 10^{-5}$. Les adolescents ayant pratiqué ce type d'activité avaient plus tendance à jouer aux « jeux d'asphyxie » par rapport aux autres.

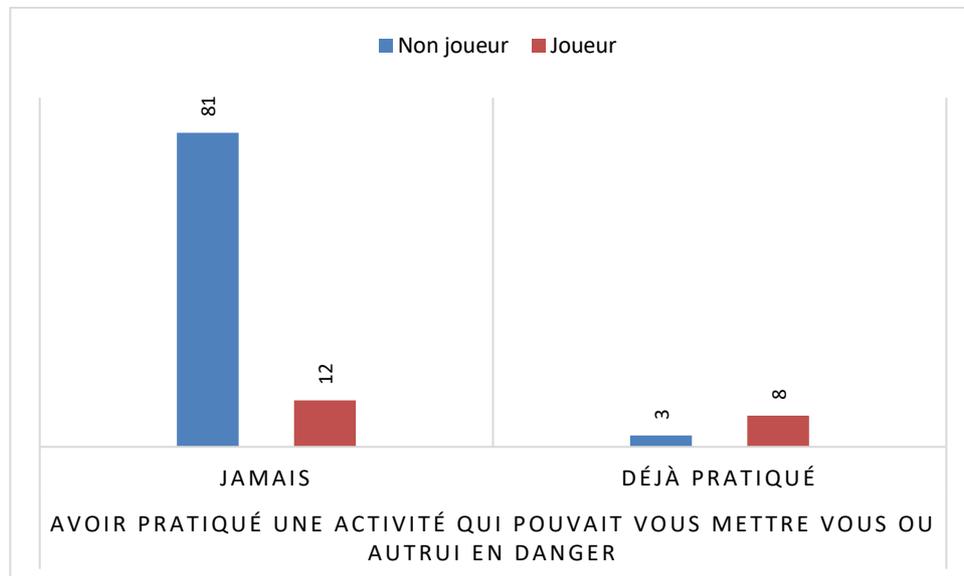


Figure 19 : Répartition des joueurs et non-joueurs selon la pratique d'une activité pouvant mettre soi-même ou autrui en danger

Quant aux autres conduites à risque étudiées, aucune n'a montré de différence significative. La consommation de cannabis ($p = 0,23$), la pratique de rapports sexuels non protégés ($p = 0,46$), la consommation excessive d'alcool ($p = 0,09$), la consommation d'autres toxiques ($p = 0,24$), la conduite sans permis ($p = 0,12$), les tentatives de suicide ($p = 0,12$), les idées noires ($p = 0,09$), le recours à des scarifications ($p = 0,09$) ne semblent donc pas être des facteurs favorisant la pratique des « jeux d'asphyxie ».

Il a également été recherché un éventuel lien entre « jouer » et « avoir reçu une proposition de participation ». Une différence significative entre les 2 groupes a été retrouvée avec $p = 2,05 \cdot 10^{-11}$. 75% des adolescents ayant eu une proposition de participation par un(e) ami(e) jouent aussi aux « jeux d'asphyxie ». Seulement 6 adolescents ne jouaient pas alors qu'ils avaient eu une proposition de participation. **Ainsi, les adolescents ayant eu des propositions de participation semblaient avoir une prédisposition à jouer aux « jeux d'asphyxie », par rapport aux autres.**

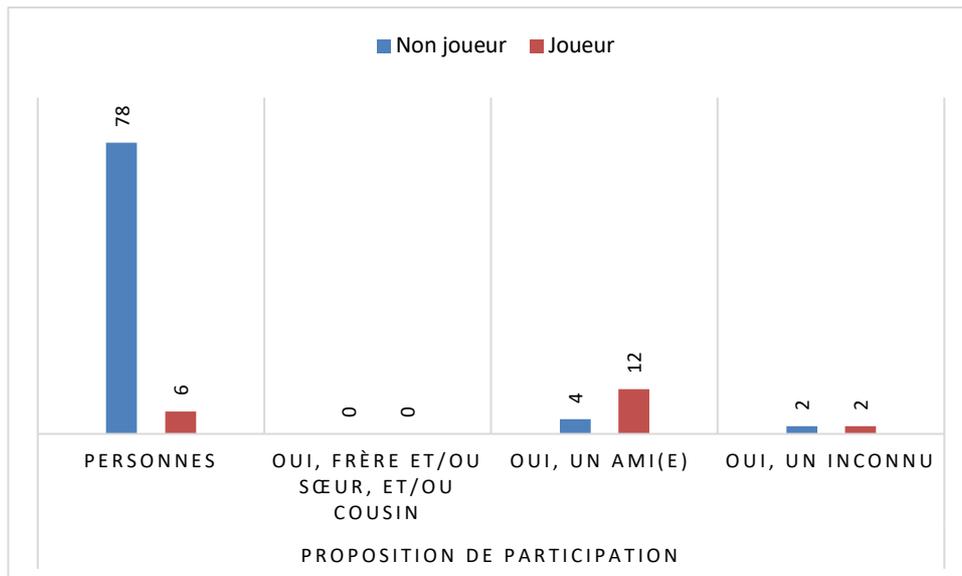


Figure 20 : Répartition des joueurs et non-joueurs en fonction de ceux ayant eu une proposition de participation

« Avoir un entourage qui joue » est aussi apparu comme un facteur potentiellement favorisant la pratique des « jeux d'asphyxie », avec $p = 0,14.10^{-9}$. Tous les adolescents qui avaient un(e) ami(e) joueur, jouaient également à ces « jeux ». **Les adolescents ayant dans leur entourage des joueurs avaient plus tendance à jouer par rapport aux autres.** Seulement 5% des adolescents qui n'avaient personne dans leur entourage qui jouaient, participaient néanmoins à ces « jeux d'asphyxie ».

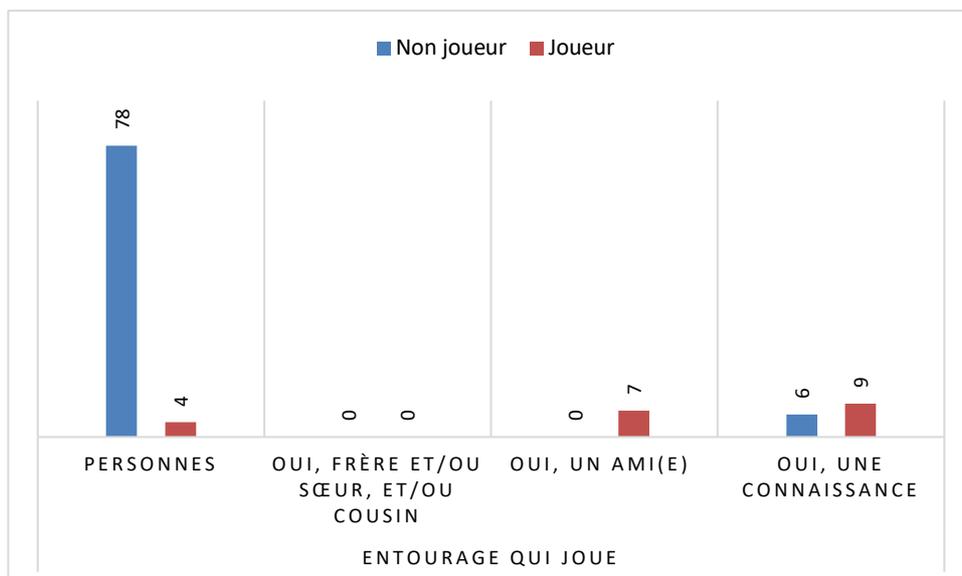


Figure 21 : Répartition des joueurs et non-joueurs selon la présence d'un joueur dans leur entourage

Enfin, une dernière analyse statistique a été réalisée afin de rechercher un lien entre la délivrance d'un message de prévention et la pratique de « jeux d'asphyxie ». Une différence significative a été retrouvée entre les deux groupes avec $p = 0,01$. **Les adolescents ayant reçu un message de prévention avaient plus tendance à jouer par rapport aux autres.** 65% des joueurs avaient reçu un message de prévention. Dans le cas de cette enquête, la délivrance d'un message de prévention apparaît être lié à une pratique de « jeux d'asphyxie ».

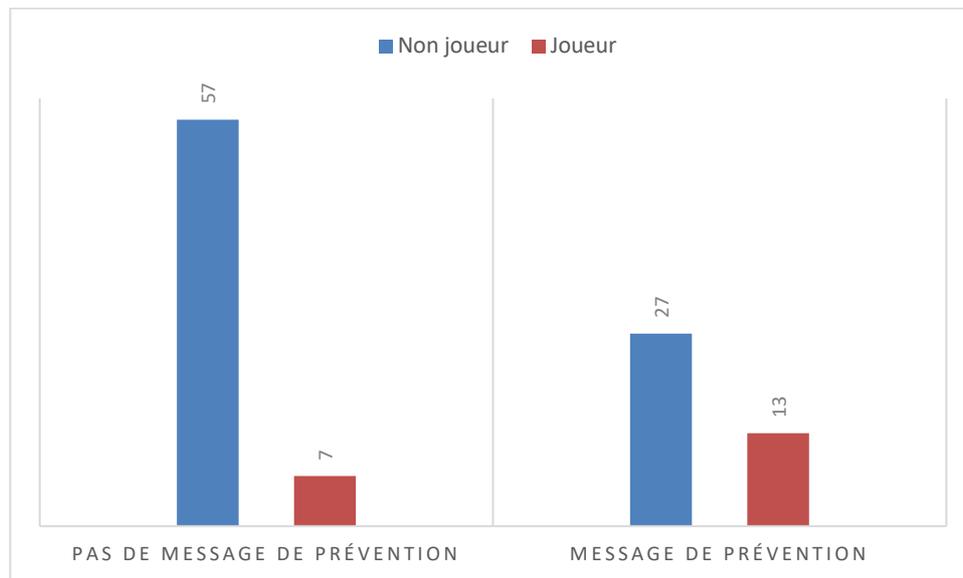


Figure 22 : Répartition des joueurs et non joueurs selon la délivrance ou non d'un message de prévention

L'ensemble des analyses en sous-groupe réalisées, afin d'évoquer d'éventuels facteurs prédictifs à la pratique des « jeux d'asphyxie » des adolescents, est résumé sous forme d'un tableau récapitulatif dans la figure 23 ci-dessous.

Caractéristiques analysées	Joueurs	Non joueurs	P value
Sexe	Filles	10	0,63
	Garçons	10	
Fratric	Enfant unique	3	1
	Frère / sœur	17	
Rang de la fratrie	Benjamin	11	0,19
	Ainé	3	
	Cadet	3	
	Enfant unique	3	
Nombre dans la fratrie	0	3	0,07
	1	8	
	2	1	
	3	4	
	4	2	
Type d'établissement	Public	13	0,88
	Privé	7	
Moyennes	Supérieur à 15/20	5	0,2
	Entre 15/20 et 12/20	5	
	Entre 12/20 et 10/20	6	
	Inférieur à 10/20	4	
Heures de colles	Plus d'une fois par mois	1	< 0,01
	Moins d'une fois par mois	10	
	Jamais	5	
	Je ne souhaite pas répondre	0	
Portable	Oui, en primaire	6	0,77
	Oui, au collège	14	
	Oui, au lycée	0	
	Je n'en ai pas	0	
Accès internet	Oui sans restriction	18	0,51
	Oui avec restriction	2	
	Non	0	
Conduites à risque	Pas de conduite à risque	4	< 0,01
	Au moins une conduite à risque	16	
En fonction de la conduite à risque	Fumé du tabac	9	0,02
	Fumé du cannabis	8	0,23
	Consommé de l'alcool	4	0,09
	Consommé des substances psychoactives	2	0,24
	Conduit sans permis	3	0,12
	Rapports sexuels à risque	7	0,46
	Activité qui pouvait mettre en danger	8	< 0,01
	Comportements psychologiques à risque (scarification, tentative suicide, idées noires)	6	0,36
Délivrance information	Information de prévention reçue	16	< 0,01
	Pas d'information de prévention reçue	24	
Joueur dans l'entourage	Personne	4	< 0,01
	Membre de la famille	0	
	Ami	7	
	Oui, certaines personnes que je connais	9	
Proposition de participation	Personne	6	< 0,01
	Par un membre de la famille	0	
	Par un ami	12	
	Par un inconnu	2	

Figure 23 : Résumé des analyses en sous-groupe à la recherche d'éventuels facteurs prédictifs

Discussion

9.1. Forces et justifications de l'étude

Avec plus des deux tiers des interrogés qui ont répondu connaître ces jeux et près de 20% qui ont déclaré s'y être adonnés, ce sujet apparaît comme un thème d'actualité important et nécessaire à traiter.

A ce titre, notre étude présente un objectif original. Compte tenu du peu d'études sur ce sujet, ce travail apporte des éléments factuels sur la place actuelle des pratiques des « jeux d'asphyxie ». Un tel état des lieux n'a plus été documenté depuis 2012 et apparaît pourtant comme une base de connaissances fondamentale en préalable à la mise en place de stratégies de prévention chez les adolescents.

De même, il existe plusieurs sites internet de parents à la recherche d'informations sur ce sujet, avec une association spécifiquement dédiée aux parents victimes (APEAS). Ceci a aussi participé au choix de ce travail. Dans le cas particulier de notre étude, aucun refus de participation n'a été reçu, soulignant l'intérêt des parents mais aussi des adolescents pour ce sujet.

Un autre point fort de cette étude réside dans le fait qu'elle a été directement réalisée auprès des adolescents. Du fait de la quantité d'autorisations nécessaires, les autres études se sont limitées à interroger les parents ou professionnels au contact des adolescents.

9.2. Limites de l'étude

Les principales limites rencontrées dans le cadre de cette étude résultent du fait que nous avons dû modifier le processus d'inclusion initialement prévu, suite à un refus de l'académie de Limoges à réaliser cette enquête directement dans les collèges de Haute-Vienne. L'argument avancé portait sur le contexte de pandémie Covid 19 et les nombreux chamboulements induits dans les emplois du temps des adolescents. Probablement, y avait-il aussi une crainte de la part de l'académie sur le sujet même de l'étude. Parler des « jeux d'asphyxie » pouvait en effet faire craindre un effet incitatif pour les élèves et risquer de les mettre en danger, et ce malgré notre proposition de réaliser en même temps une séance de sensibilisation. Cette méthode d'inclusion aurait pourtant permis une meilleure représentativité de la population ainsi qu'une meilleure puissance de notre étude avec un plus grand nombre de réponses.

Malgré ce refus qui nous a valu de nombreuses remises en question sur la réalisation et l'organisation de notre étude, nous avons été très bien accueillis par l'ensemble des parents et adolescents enquêtés.

Ainsi, la première critique que l'on peut ressortir de ce travail est un biais de sélection avec seulement 4 territoires retenus sur la Haute-Vienne, ce qui représente une minorité de la population. En effet seuls les adolescents vus en consultation au Palais-Sur-Vienne, Saint-Victournien, Chalus et Limoges ont été inclus. Notre choix premier d'inclusion pour notre étude, afin de limiter le biais de sélection était d'accéder à différents collèges du département. De part ces changements d'inclusion de la population, notre effectif a été bien moins important

que prévu initialement. Il a donc été difficile de trouver des différences statistiquement significatives.

De plus, les informations relatives à la scolarisation avec notamment la filière générale et professionnelle ainsi que le territoire rural et urbain ont été oubliées au questionnaire car initialement, en se déplaçant dans les collèges, nous aurions pu les collecter directement.

Indépendamment des difficultés précédentes, il aurait également été pertinent d'interroger une population d'âge plus jeune. En effet alors que l'enquête ne commençait qu'à l'âge de 11 ans, plus de la moitié des adolescents joueurs ont déclaré avoir initié leur pratique avant 11 ans. Pouvoir récolter des informations dès l'école primaire aurait pu être intéressant pour améliorer notre discours de prévention. Cependant l'autonomie de lecture, la capacité de l'enfant à comprendre le questionnaire, la nécessité d'intervention d'un parent pour l'aide à la compréhension sont d'autant de biais possibles et donc de freins à la réalisation d'études plus précocement.

9.3. Analyse de l'étude dans le contexte

9.3.1. Discussion de la méthode (validité interne)

Nous avons souhaité mener une étude quantitative pour faire un bilan statistique des pratiques des « jeux d'asphyxie » des adolescents.

Une étude épidémiologique observationnelle transversale a ainsi été réalisée. Ce type d'approche permet de mettre en évidence des liens statistiques entre variables étudiées. En revanche, aucun lien causal ne peut être établi.

L'auto-questionnaire nous a semblé le meilleur moyen de pouvoir récolter ces informations. Bien que le questionnaire soit utilisé dans de nombreuses études scientifiques, il reste pourvoyeur de biais. On peut notamment citer un probable biais déclaratif à la fois du fait de questions posées qui peuvent paraître trop vagues pour évaluer précisément les différents paramètres recherchés, d'une mauvaise compréhension de certaines questions, mais aussi d'une sous-estimation des résultats avec des adolescents qui potentiellement n'osent pas décrire leurs pratiques. Rendre le questionnaire anonyme était pourtant une méthode pour limiter ce biais déclaratif.

De plus, l'interprétation de nos résultats est bien évidemment limitée. Elle nécessiterait la réalisation d'autres études à la fois quantitatives, avec des effectifs plus importants, et qualitatives. En effet, certaines questions auraient mérité une étude qualitative pour pouvoir mieux interpréter les réponses des adolescents, notamment les dernières questions qui s'intéressaient aux effets recherchés lors de ces pratiques ainsi que le sentiment éprouvé qui en ressortait.

Comme dit précédemment, aucun refus de participation à notre enquête n'a été reçu. Pourtant, il convient tout de même de s'interroger sur les modalités de récolte des réponses. Peut-on vraiment supposer que tous les parents et adolescents enquêtés se sentaient concernés par les « jeux d'asphyxie », ou au contraire, ne se sont-ils pas sentis « piégés » par notre requête réalisée au cours d'une consultation. De plus, l'autorisation parentale ayant été recueillie en présence de l'adolescent, celui-ci a pu se sentir à son tour obligé de participer, alors qu'il ne l'aurait peut-être pas fait dans d'autres situations.

9.3.2. Discussion sur la population enquêtée

Compte tenu de notre faible effectif, nos résultats sont peu extrapolables à la population de Haute-Vienne.

Toutefois, il existe une bonne représentativité de l'échantillon de l'étude par rapport à la notion de genre. Le dernier rapport de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) retrouve des données relativement équilibrées sur le nombre de femme et d'homme, tout comme notre étude. En revanche, alors que l'INSEE note un équilibre entre les différentes classes d'âge, notre étude ne retrouve pas cet équilibre avec notamment une sous-représentation importante de la classe des 11 ans. (57)

Concernant l'environnement familial, l'INSEE recense 21% de famille avec un seul enfant et 79% avec une fratrie d'au moins 2 enfants. Ces chiffres sont plutôt en accord avec nos résultats qui retrouvaient 16% d'enfant unique et 84% d'au moins 2 enfants. Certaines données supplémentaires sur l'environnement familial auraient pu être recherchées, comme notamment la composition du foyer parental, ainsi que la profession des parents. (57)

A propos de l'environnement scolaire, la population de notre étude n'était en revanche pas représentative de la proportion d'élèves scolarisés dans des établissements scolaires publics et privés de la Haute-Vienne, avec une surreprésentation des élèves scolarisés dans le privé. En effet, 66% étaient scolarisés dans le public et 33% dans le privé d'après notre étude ; alors que l'INSEE recense 89% d'élèves scolarisés dans les collèges publics de Haute-Vienne et 11% dans des établissements privés. Il est à noter néanmoins que ce critère n'est pas ressorti comme étant relié significativement avec le fait de « jouer » ou non. Enfin il convient de rappeler, que certaines données ont été omises et auraient pourtant permis une meilleure connaissance de l'environnement de notre population. Comme dit précédemment, la filière de scolarisation, générale ou professionnelle, ainsi que l'environnement, rural ou urbain, auraient été intéressants à collecter. De plus, nous avons considéré que la totalité des adolescents était scolarisée dans un établissement, alors que, selon l'INSEE, certains sont scolarisés à domicile et 2% des 15 -17ans sont non scolarisés et avec une activité professionnelle. (57)

9.3.3. Discussion sur les résultats (validité externe)

9.3.3.1. Discussion sur les caractéristiques des joueurs

Nos résultats sur la connaissance et la participation aux « jeux d'asphyxie » en Haute-Vienne confortent ceux retrouvés dans différentes études.

Dans notre étude, 65% des interrogés ont connaissance d'au moins un jeu d'asphyxie, contre 63% dans l'enquête IPSOS de 2012, soit une relative stabilité du niveau de connaissance de ces jeux sur la dernière décennie. (58)

De même, d'après l'étude de Vigne, 2015 ou encore de Vigne & Hébert, 2018, en moyenne 23% des adolescents avaient déjà pratiqué ce type de « jeux » contre 20% dans notre étude. Ces résultats sont ainsi en concordance avec ceux d'études récentes. Cependant, il est important de souligner que si on se réfère à des enquêtes plus anciennes, les niveaux étaient alors bien inférieurs : 10% de joueurs pour l'étude IPSOS, 2012 ou encore E. Debarbieux,

2011 ou même TNS Healthcare Sofres, 2007. Nos résultats semblent ainsi dévoiler une réalité bien alarmante : l'augmentation de la pratique des « jeux d'asphyxie » depuis 10ans.

Lorsque nous confrontons nos résultats à la littérature concernant le taux de pratique selon le sexe, aucune différence significative n'est constatée. 17,5 % des garçons et 21 % des filles déclarent s'être adonnés à de tels « jeux ». Ces données viennent ainsi corroborer celles d'enquêtes précédentes sur ce type de jeux où l'on pouvait lire une pratique équivalente entre filles et garçons (Le Breton, 2014 ; Vigne, 2015). Cependant, il convient de garder en tête que si les garçons et les filles déclarent pratiquer à la même fréquence les « jeux d'asphyxie », d'après la littérature nous savons que lorsqu'elles sont impliquées dans la même activité, les filles prennent moins de risques que les garçons (Rivara et al., 1982). Ainsi le nombre de décès est plus important chez les garçons que les filles.(59)(60)(61)

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative dans la fréquence de participation en fonction des variables démographiques étudiées, ce qui coïncide avec les résultats d'autres études sur ce sujet. Il n'existe aucune différence significative retrouvée en fonction de l'âge, des familles biparentales ou non, du nombre de frère et sœur, du milieu rural ou urbain, ou encore de l'environnement scolaire (rural ou urbain, et publique ou privé) (Cortey et al. 2016 ; E. Debarbieux, 2011). De même, le niveau d'éducation, le groupe culturel, religieux et ethnique n'apparaissent pas non plus comme des facteurs prédictifs dans la littérature (T.A. Andrew et al, 2009 ; Cochet, 2015 ; Busse et al, 2015 ; Chevallier, 2015). Ainsi, si les zones sociodémographiques sensibles peuvent être un facteur aggravant pour un certain nombre de comportements à risques, cela ne semble guère prédictif sur les « jeux d'asphyxie », puisque ces derniers semblent répandus de manière similaire quels que soient les types d'écoles ou de milieux familiaux.(62)(63)

Dans notre étude, la présence d'heure de colle ressort significativement reliée à la pratique des « jeux d'asphyxie ». Il s'agit d'une constatation nouvelle par rapport aux études antérieures qui ne s'étaient pas intéressées à cet aspect. La présence en salle de colle, avec le regroupement d'adolescents, avec moins de surveillance qu'en classe, pourrait être une hypothèse d'explication, du fait qu'il s'agit d'un lieu, tout comme les cours de récréation, où les adolescents peuvent recevoir des propositions de participation à ces « jeux ». Or, recevoir des propositions de participation apparaît comme un facteur favorisant dans de nombreuses études. En effet les adolescents ont tendance à vouloir « copier » leur camarade pour appartenir à un groupe. Dans la très grande majorité des cas, l'enfant ne débute pas la pratique d'un jeu dangereux seul et de son propre chef. L'initiation au jeu s'opère presque toujours au sein d'un groupe constitué ou en voie de constitution, à l'écart du regard des adultes. Que ce soit dans l'étude IPSOS-APEAS en 2012 ou celle de Vigne en 2015 ou encore Cortey en 2016, la pratique en solitaire se faisait seulement dans 15% des cas. Ces résultats viennent confirmer les résultats de notre enquête avec 89% des joueurs qui déclarent pratiquer ces conduites en compagnie d'autres participants, contre seulement 11% de joueurs solitaires. De même, nos résultats s'accordent avec l'étude de Guilheri ou Cortey qui retrouve une pratique dans le milieu scolaire dans plus de la moitié des cas (52% dans notre étude vs 45% dans celle de Guilheri vs 53% pour Cortey). (58)(59)(64)

Concernant l'âge d'initiation à ces pratiques, les résultats de notre étude confirment ceux des dernières études. L'âge moyen déclaré dans la littérature est de 7 à 9 ans, mais pour certains (15 %), c'est dès l'âge de 4 ans, à l'école maternelle, qu'ils disent l'avoir expérimenté. Ce fait s'avère préoccupant d'autant qu'il n'y a quasiment pas de recherche sur cette problématique dans les écoles primaires et maternelles. (58)

S'agissant des liens entre la pratique des « jeux » et les conduites à risque, nos résultats s'accordent avec différentes études retrouvées dans la littérature. Au vu de celles-ci, les principales conduites à risques à potentiellement considérer comme facteur prédictifs semblent être les violences sur autrui, les consommations de toxiques, dont tout particulièrement le tabac, et les troubles de santé mentale. Nous avons bien retrouvé la consommation de tabac ainsi que les violences sur autrui comme étant deux groupes dans lesquels la part de joueurs était significativement plus importante. En revanche, notre étude ne montre aucun lien significatif entre les idées suicidaires, les scarifications ou tentatives de suicide et les « jeux d'asphyxie ». Plusieurs auteurs ont rapporté l'association de ces pratiques avec certains troubles psycho-comportementaux. Après analyse de ces études, ces constatations reposent sur des entretiens et observations de petites séries d'enfants pour lesquelles il existe probablement des biais de recrutement. En effet, les enfants inclus étaient ceux reçus en consultation pédopsychiatrique, et aucune comparaison à des cohortes de taille suffisante n'avait été réalisée. De plus, d'après une autre étude, il est apparu que les jeunes qui participaient seuls à de tels « jeux » constituaient un groupe à risque particulièrement élevé, présentant des taux nettement plus élevés d'idées suicidaires et une moins bonne santé mentale, contrairement aux jeunes qui s'y adonnaient en groupe. Cette étude peut ainsi expliquer le fait que nous n'avons pas trouvé de différence significative car la majorité des joueurs de notre étude s'y adonnaient en groupe et non seuls. (65)(66)(67)

De plus, il est plausible que la participation aux « jeux d'asphyxie » précède l'émergence de symptômes graves de dépression. Même si les troubles anxiodépressifs semblent plus fréquents chez les « joueurs » ; on peut légitimement se poser la question de la cause et de la conséquence : les enfants jouent-ils plus à ces « jeux » parce qu'ils sont anxiodépressifs, afin de se réfugier dans des sensations hallucinatoires, ou deviennent-ils anxiodépressifs à cause des conséquences de ces jeux sur leur thymie ?

Dans notre étude, les « joueurs » participaient majoritairement par curiosité. Dans la littérature, quelques traits de personnalité semblent prédominer chez les enfants pratiquants ces « jeux ». Il s'agit plus souvent d'enfants « curieux », avides « d'expériences nouvelles », voire d'enfants ayant une propension à braver les dangers et les interdits. Aucune étude s'intéressant aux motivations des « joueurs » n'a été retrouvée. La personnalité des jeunes et leurs motivations mériteraient d'être étudiées de manière plus approfondie.(68)

9.3.3.2. Discussion sur les messages de prévention

Dans notre étude, 54% des adolescents interrogés ont reçu un message de prévention sur la pratique des « jeux d'asphyxie », ce qui semble insuffisant comparé à la part d'adolescents ayant connaissance de ces « jeux » (63% des interrogés) ou participant à ces « jeux », soit près de 20%. Dans les différentes études retrouvées dans la littérature, les chiffres apparaissent similaires à ceux de notre étude, avec un tiers à la moitié des adolescents, selon les études, qui n'ont jamais eu d'information de prévention à ce sujet. Ces résultats attestent ainsi, que le travail de sensibilisation et de prévention des « jeux d'asphyxie » est peu répandu, et ce, contrairement aux préconisations de la circulaire ministérielle n°2011/216.(69)

Seulement 3% des messages de prévention ont été délivrés par le corps médical (médecin ou pédiatre), 12,5% par un parent, 14% par un membre du milieu scolaire, 13,7% par les réseaux sociaux, et 7,2% par la télévision. Là encore, nos résultats s'accordent avec les enseignements de la bibliographie.(69)

En effet, une étude ayant interrogé spécifiquement les médecins généralistes montre qu'en 2010 un tiers d'entre eux n'avait pas connaissance de l'existence de ces « jeux ». Et ceux qui en avaient entendu parler, avaient été informés majoritairement via les médias. Avant d'avoir participé à une étude sur ce sujet, seulement 7% accordaient une place aux « jeux d'asphyxie » dans leur message de prévention au détour d'une consultation ; mais après leur participation, 70% considéraient qu'il était important de passer du temps à informer les adolescents quant aux risques de ces pratiques.(70)

De même, les parents ont comme idée reçue que leurs enfants ne sont pas concernés par ces « jeux ». Ils pensent que leurs enfants sont assez matures pour refuser de participer à ces jeux. Or 56% des 7-17ans déclarent que ces activités sont « non dangereuses », « drôles », ou encore un « bon moyen de montrer sa force ».(69)

Informé l'entourage des adolescents et les adolescents eux-mêmes sur ces pratiques apparaît donc comme un élément essentiel. Il ressort d'ailleurs de plusieurs études qu'un enfant qui commence à « jouer » jouera probablement dans le futur.(71)

Cependant, il convient de s'interroger sur le lien trouvé dans notre étude entre la délivrance d'un message de prévention et la pratique des « jeux d'asphyxie », qui pourrait au premier abord contredire la littérature. En effet, les différentes études sur ce sujet présentent la délivrance d'un message comme un facteur protecteur des pratiques de conduites à risque. Après un examen plus approfondi de notre résultat, plusieurs explications à cette divergence apparente peuvent être formulées. Il est tout à fait probable que les messages de prévention aient été délivrés en fonction du facteur de risque : les adolescents les plus à risques à pratiquer ces « jeux » comme ceux ayant d'autres conduites à risque ou ceux qui ont déjà participé à de tels « jeux. Avec une telle explication, nos résultats retrouvent une cohérence.

Une explication complémentaire peut résulter d'un énoncé ambigu de la question. En effet, après relecture du questionnaire, nous avons écrit : « avez-vous déjà reçu des informations à ce sujet, et notamment de prévention ». Il est possible que certains adolescents aient répondu oui à la question alors qu'il ne s'agissait pas d'un message de prévention mais d'une simple information. Ainsi, alors que l'intérêt de cette question était de savoir si un message de prévention avait été délivré avant toute pratique de « jeu d'asphyxie », sa formulation peut dans certains cas avoir confondu prévention primaire et secondaire. Une reformulation aurait peut-être modifié nos résultats.

9.4. Perspectives

Nos résultats font apparaître plusieurs pistes d'amélioration de la situation, dont la nécessité d'acquérir des connaissances régulières sur ce sujet, et de construire des stratégies de prévention efficace, à mettre en place rapidement.

9.4.1. Améliorer les connaissances sur le phénomène

L'absence de base de données exhaustives sur les conséquences relatives aux « jeux d'asphyxie » est un problème majeur.

Mieux connaître le phénomène implique de disposer de données à plusieurs niveaux : évaluer l'ampleur du phénomène, mesurer la dynamique d'évolution et en apprécier ses conséquences.

Or, aucun signalement spécifique des décès consécutifs aux « jeux d'asphyxie » n'est réalisé. Ils sont soit assimilés à des suicides soit à des accidents de la vie domestiques.

De même aucun recensement national exhaustif du nombre de blessés n'est prévu à des moments clefs comme lors d'une admission à l'hôpital par exemple.

Une évolution des déclarations de décès ainsi que des cotations hospitalières pourrait permettre facilement la réalisation d'une base de données sur ces pratiques.

De telles bases de données pourraient ensuite être confiées à la MILDT et à l'INSERM, afin de réaliser une étude statistique nationale et ce à fréquence régulière afin d'avoir une vision d'ensemble du phénomène actualisée.

En complément, réaliser régulièrement des études à plus grande échelle sur les profils psycho-comportementaux des adolescents et facteurs de risques de ces pratiques serait essentiel pour adapter au mieux les campagnes de sensibilisation.

9.4.2. Une prévention à adapter à la personnalité même de l'adolescent

9.4.2.1. Expliquer sans diaboliser

Jouer, interagir, explorer, affronter des défis sont des expériences constructives, intégrantes et essentielles au développement des enfants et adolescents. Le risque n'est donc pas à définir comme quelque chose d'intrinsèquement négatif. Plutôt que de le considérer comme un élément à systématiquement proscrire, il convient plus d'insister sur les conséquences et dangers qu'il présente.

Dans ce sens, les interventions de sensibilisation ne doivent pas viser à s'appuyer seulement sur l'interdiction car ces actions sont majoritairement susceptibles d'échouer, l'adolescent étant dans une période de rébellion. Pour cela, les sensibilisations gagneront à se focaliser sur la quantification du bénéfice attendu par le jeune au regard du risque encouru, afin qu'il puisse se rendre compte, par lui-même, du potentiel décalage entre les deux. (72)

De plus, les programmes de prévention, pour être efficaces, doivent intégrer qu'une des principales raisons de participation aux « jeux » n'est pas un mal être ni une envie suicidaire mais une recherche de sensations et d'expériences nouvelles.

9.4.2.2. Intervenir précocement

Au vu des résultats retrouvés à la fois dans la littérature mais aussi dans notre étude, il apparaît très important de réaliser ces programmes de préventions dès l'école élémentaire, voire maternelle, puisque les enfants s'initient très précocement à ces comportements dangereux.

Le site Eduscol propose notamment des brochures adaptées à chaque niveau scolaire pour aider les professionnels à parler de ces types de « jeux ». (73)

9.4.2.3. Mettre en place des approches interactives en milieu scolaire

Tout comme pour les infections sexuellement transmissibles qui bénéficient de séances d'éducation durant le temps scolaire, l'Éducation Nationale pourrait envisager de créer, de manière systématique et à chaque rentrée scolaire, des séances d'éducation sur les conséquences des pratiques des « jeux d'asphyxie ». Il pourrait s'agir non seulement d'expliquer les risques encourus, mais aussi et surtout d'accompagner les adolescents dans une réflexion sur leurs comportements en ouvrant le dialogue sur le sujet. (74)

Ainsi, à travers par exemple, des ateliers avec des groupes à effectifs réduits, les adolescents pourraient se questionner sur leurs attentes vis-à-vis de ces pratiques, sur les bénéfices qu'ils semblent en retirer, ainsi que sur leurs idées reçues. Et à partir de là, initier une prise de conscience individuelle et collective, pouvant générer des changements de comportements. De tels ateliers permettraient ainsi aux adolescents d'identifier eux-mêmes les situations potentiellement dangereuses pour en prévenir les risques d'accidents.(75)

On pourrait proposer de diriger ces ateliers en mobilisant non seulement un membre de l'équipe éducative mais aussi un intervenant extérieur, comme par exemple un membre d'une association de victimes APEAS ou un professionnel de santé. En effet, cette association est largement investie dans la prévention des « jeux d'asphyxie » avec notamment la création de brochures et vidéos destinées aux parents, professionnels et adolescents. Il convient alors d'utiliser en support de débat ces sources d'information et d'en faciliter leur diffusion.

9.4.3. Une place incontournable des parents

Les parents ont également un rôle éducatif à jouer concernant la pratique des « jeux d'asphyxie ». Ces derniers sont en effet la deuxième source d'information préférée des filles et la troisième des garçons. Leur place est donc essentielle.

Des travaux ont montré l'impact positif du dialogue avec les parents. Pourtant, l'adolescence se caractérise par une période de remise en cause de l'autorité parentale, rendant alors le dialogue difficile. L'intimité des parents et de leurs enfants se heurtent. La transmission d'une information objective et efficace sera d'autant plus difficile si les parents eux-mêmes ne sont pas bien informés. (76)

Ainsi, les adolescents pourraient avoir des comportements contraires aux discours préventifs de leurs parents. Afin d'éviter ce risque, la place des parents serait alors plus à envisager dans une pratique collaborative entre les personnels de l'Éducation Nationale et les professionnels de santé.

De plus, les parents ont tendance à sous-estimer la place de ces « jeux » chez leurs propres enfants. Il convient donc, comme pour les adolescents, d'utiliser les associations concernées pour informer systématiquement les parents d'élèves d'école primaire et de collège en début d'année scolaire sur ces « jeux » dangereux. Mieux informés sur les différents symptômes et signes évoquant de telles pratiques, ils pourraient ainsi assurer leur rôle de dépistage, avant que des conséquences irréversibles apparaissent.

Enfin, l'incitation à la pratique de « jeux » dangereux, en particulier sur Internet, ne semble pas aujourd'hui suffisamment prise en compte. Les associations auditionnées ont fait état des difficultés qu'elles rencontraient pour obtenir le retrait de contenus potentiellement dangereux pour les mineurs. Sur Internet, le retrait définitif est rendu plus difficile compte tenu de la

possibilité de remettre en ligne ces contenus sur d'autres sites. Les parents pourraient là encore avoir un rôle à jouer en limitant l'accès à certains sites qui diffusent en masse ces « jeux ».

9.4.4. Un rôle clé du médecin généraliste

Le médecin généraliste, par son rôle de premier recours, sa connaissance de l'environnement familiale et du contexte de vie, ainsi que son suivi sur le long terme, est idéalement placé pour aborder la problématique des « jeux d'asphyxie » avec les jeunes.

9.4.4.1. Sensibiliser le corps médical

D'après une étude citée précédemment, la grande majorité des médecins n'a pas connaissance de l'existence des « jeux d'asphyxie » et ne l'intègre donc pas dans son message de prévention. La sensibilisation des médecins doit donc être renforcée. Plusieurs moyens peuvent être proposés comme la diffusion de campagnes d'informations ou encore la mise en place de formations spécifiques pour les médecins généralistes. (70)

Il pourrait être intéressant d'inclure un module spécifique sur les « jeux » dangereux dans la formation initiale des futurs médecins, mais surtout dans la Formation Médicale Continue (FMC).

La formation initiale reste limitée avec un temps imparti pour chaque module. Un module spécifique sur les « jeux d'asphyxie » semble difficile à mettre en place, mais les citer dans les conduites à risques lors de l'enseignement sur l'adolescent et réaliser une sensibilisation lors des stages de pédiatrie pourrait être une alternative facile à réaliser.

La formation continue quant à elle est un atout indispensable pour informer les professionnels de santé sur l'existence de ces pratiques et les différents « jeux » existants, leur évolution épidémiologique, ainsi que les facteurs de risques et signes physiques évocateurs. Avec ces informations, le professionnel peut adapter son discours de prévention et améliorer le dépistage de ces pratiques.

Pourtant, après des recherches, même si aucune liste exhaustive n'a été retrouvée, aucune FMC sur le sujet ne semble être proposée. Parmi les Diplômes inter-universitaires (DIU), plusieurs villes en proposent un sur « médecine et santé de l'adolescent », néanmoins son contenu s'intéresse seulement aux conduites sexuelles à risque, conduites sans permis, toxicomanies et alcoolisations massives comme conduites à risque chez l'adolescent. Il serait pertinent d'y intégrer un item sur les « jeux » dangereux.

Ainsi proposer des enseignements apparaît comme primordial à mettre en place compte du manque d'informations et formations sur le sujet. L'intérêt serait ensuite que les médecins généralistes mettent en place un dépistage systématique de ces pratiques, au même titre que les autres conduites à risque.

9.4.4.2. Accentuer la prévention par les médecins généralistes

Dans notre étude, 40% des adolescents souhaitent recevoir un message de prévention par un professionnel de santé. Ces résultats vont dans le sens de plusieurs études, où le médecin

généraliste est cité comme interlocuteur préférentiel pour recevoir des informations sur les conduites à risque en général. (77)

9.4.4.2.1. Instaurer une consultation adaptée

Il convient tout d'abord de s'interroger sur la manière d'aborder ce sujet avec les adolescents. Pour cela, on peut utilement s'appuyer sur une étude réalisée en 2019 à Montpellier sur les attentes des adolescentes pour aborder la sexualité avec leur médecin traitant. Il a été retrouvé que les adolescentes, pour faciliter les échanges, souhaitaient que le médecin généraliste aborde explicitement le sujet, le fasse en dehors des parents, mette en avant des capacités d'écoute et rappelle son engagement à respecter le secret médical. (78)

Ainsi, de la même manière que pour la sexualité chez les adolescentes, il serait pertinent de proposer une consultation spécifique. Celle-ci serait préférentiellement dédiée aux conduites à risque, et se ferait sans la présence des parents. Laisser à l'adolescent le choix de son praticien pour qu'il se sente en confiance et assurer le respect du secret médical, sont également des axes de progression qui permettront un meilleur dialogue sur le sujet. (79)

L'instauration d'une cotation annuelle d'acte spécifique lorsque le médecin traitant aborde ces thèmes avec les adolescents pourrait être une solution pour généraliser ces consultations spécifiques. Ainsi en plus de valoriser ce rôle, cette cotation permettrait de ne pas oublier ce type de consultation qui est primordial dans le suivi des adolescents.

9.4.4.2.2. Réussir à conduire l'échange

Même si le médecin généraliste est le mieux placé pour réaliser ces consultations de par sa vision globale du patient et de ses besoins, il n'en reste pas moins que les préconisations précédentes ne sont toujours évidentes à mettre en place.

Comment aborder facilement ces sujets qui peuvent apparaître comme tabou ? Quels discours adopter par le médecin généraliste ? Le médecin est confronté perpétuellement à ce type d'interrogations. A cela s'ajoutent des phénomènes de société qui modifient constamment les représentations des adolescents. Une adaptation perpétuelle des pratiques d'échange est nécessaire. (80)

La consultation avec un adolescent reste très spécifique et le praticien doit trouver le moyen d'aborder ces questions. Il doit savoir s'adapter à ce que veut entendre et comprendre l'adolescent, et ainsi pouvoir lui apporter des réponses claires.

Pour aider le médecin dans cet exercice, il est important de réaliser un plus grand nombre d'enquêtes auprès des adolescents mais aussi de les réaliser de manière plus fréquente, pour mieux décoder leurs besoins qui ne cessent d'évoluer. En multipliant les enquêtes, des outils de dépistages simples pourraient être mis en place, ce qui faciliteraient la discussion sur ce sujet.

9.4.4.2.3. Mobiliser son environnement

Une autre possibilité d'améliorer la prévention et la discussion sur les « jeux d'asphyxie » et plus généralement les conduites à risque est d'exposer dans les salles d'attente des messages de prévention via des magazines, flyers ou affiches. En effet, une étude montre que la salle

d'attente constitue un lieu d'information privilégiée pour les adolescents. Ils sont sensibles aux messages qui y sont délivrés et souhaitent plus de dépliants les concernant. (80)

D'ailleurs, il a été démontré que les affiches et vidéos accroissent la sensibilisation à la promotion de la santé, et entraînent à long terme le maintien des connaissances. (80)

Au lieu d'être un lieu froid et anxiogène, la salle d'attente doit être d'avantage utilisée comme un outil pour la diffusion d'informations et comme premier pas dans une discussion plus approfondie, en consultation, des différents thèmes exposés.

Conclusion

Les « jeux d'asphyxie » n'ont jamais été aussi présents dans l'environnement des adolescents que depuis le développement d'internet. Ils représentent aujourd'hui un problème de santé publique. Dans notre étude, 70% des adolescents interrogés connaissent ces « jeux » et près de 20% y participent. Les adolescents sont par ailleurs « joueurs » de plus en plus jeunes, et ce dès les classes maternelles. Hormis la pratique d'autres conduites à risque, le nombre d'heures de colles, l'incitation à jouer et la présence de joueurs dans l'entourage, aucun autre facteur risque à ces « jeux » n'a pu être mis en évidence. Les « jeux d'asphyxie » touchent n'importe quel adolescent, peu importe son environnement scolaire, social ou familial. Il n'existe pas de « profil type » de « joueurs ».

Face à cette démocratisation, il convient de définir leur dépistage et prévention comme une priorité pour chaque intervenant auprès de l'ensemble des adolescents : les adolescents eux-mêmes, les parents, les établissements scolaires et les professionnels de santé. Les messages de prévention doivent être délivrés à tous les adolescents sans faire de distinction entre eux.

L'objectif de ce message est d'une part que les adolescents intègrent qu'il existe de réels dangers à ces pratiques et qu'ils soient acteurs de cette prévention. En effet, notre étude a montré que la majorité de ces « jeux » se passent en groupe, à l'abris des regards des adultes. L'adolescent qui reçoit une proposition de participation, finit à son tour régulièrement par y jouer. La majorité des joueurs ont également d'autres joueurs dans leur entourage. Il existe un vrai phénomène d'influence qu'il faut endiguer.

Les jeunes participent principalement par « curiosité », « pour s'amuser » ou encore « pour affronter la mort ». Ces comportements sont dans la majorité des cas sans lien avec un comportement suicidaire. Faire prendre conscience des risques apparaît alors comme un véritable enjeu, en adoptant un discours adapté aux adolescents sans diaboliser cette pratique.

L'éducation scolaire joue un rôle prépondérant dans cette prévention mais reste pour le moment trop peu insistant sur le sujet. L'organisation de séances d'éducation, de la même manière que celles déjà existantes pour la sexualité, devrait être mise en place et proposer précocement. Le ministère de l'éducation a mis en place, dans cette optique, des aides avec brochures et scénarios adaptés à chaque classe pour développer ces séances.

Le médecin généraliste, par sa connaissance de l'environnement familiale et du contexte de vie, ainsi que son suivi sur le long terme, est idéalement placé pour aborder la problématique des « jeux d'asphyxie » avec les jeunes. Il apparaît comme l'interlocuteur préférentiel des adolescents. Il convient alors de systématiser la délivrance de message de prévention sur ces pratiques.

En conclusion, on retiendra qu'en tant que médecin généraliste, notre place est primordiale. Discutons des « jeux dangereux » avec les jeunes en abordant le sujet explicitement et en dehors des parents, en insistant sur le respect du secret médical pour créer un environnement de confiance. Mettons des outils à leur disposition dans les salles d'attente afin de stimuler leur curiosité ou engendrer un besoin d'informations. Restons à leur écoute et insistons sur le fait qu'il n'y pas de sujet tabou et que nous sommes avant tout là pour les aider.

Références bibliographiques

1. Huerre P. L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. *J Fr Psychiatr.* 2001;14(3):6.
2. Thiercé A. Histoire de l'adolescence. 1850-1914. 2000;
3. Cannard C. Chapitre 1. Du concept de jeunesse au concept d'adolescence: In: Le développement de l'adolescent [Internet]. De Boeck Supérieur; 2019 [cité 2 févr 2023]. p. 13-35. Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-developpement-de-l-adolescent-2019--9782807320383-page-13.htm?ref=doi>
4. Cannard C. Chapitre 2. Adolescence et puberté : maturation biologique et neurobiologique: In: Le développement de l'adolescent [Internet]. De Boeck Supérieur; 2019 [cité 9 févr 2023]. p. 37-54. Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-developpement-de-l-adolescent-2019--9782807320383-page-37.htm?ref=doi>
5. Emmanuelli M. L'adolescence « Que sais-je ». Presses universitaires de France. Paris; 2016.
6. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Conférence nationale des professeurs des universités-praticiens hospitaliers en gynécologie-obstétrique, éditeurs. Gynécologie, obstétrique. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. (Les référentiels des collèges).
7. Bouttavier C. Puberté normale et pathologique. 2019;(47).
8. Braconnier A. Les adieux à l'enfance: In: Qu'est-ce que l'adolescence ? [Internet]. Éditions Sciences Humaines; 2019 [cité 8 févr 2023]. p. 43-50. Disponible sur: <https://www.cairn.info/qu-est-ce-que-l-adolescence-2019--9782361065331-page-43.htm?ref=doi>
9. Verdier-Gibello ML. La période de latence et ses avatars. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'Adolescence.* 2010. 1-106 p.
10. Puyuelo R. Les enfants vulnérables. Approche psychopathologique. *Empan.* 2012. 85 p.
11. Lachaud Y. Traitement judiciaire de la délinquance des mineurs. 2011.
12. Petitclerc JM. Les nouvelles délinquances des jeunes : violences urbaines et réponses éducatives. Paris Dunod; 2005.
13. The myth of Homer's Odyssey as a metaphor for the adolescent passage - Archive ouverte HAL [Internet]. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03662969>
14. Duverger P, Riquin É, Malka J, Avarello G, Ninus A. 1. Crise et processus de l'adolescence. Aspects psychologiques. In: *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent* [Internet]. Lavoisier; 2017 [cité 8 févr 2023]. p. 3. Disponible sur: <http://www.cairn.info/troubles-psychiques-et-comportementaux--9782257207067-page-3.htm>
15. Rufo M, Choquet M. Regards croisés sur l'adolescence : son évolution, sa diversité. Anne Carrière. Paris; 2007.
16. Kestemberg E. L'adolescence à vif. PUF. Paris; 1999. 280 p.
17. Winnicott D. L'adolescence. De la pédiatrie à la psychanalyse. 1969;
18. Le Breton D. En souffrance: adolescence et entrée dans la vie. Paris: Métailié; 2007. 361 p. (Collection Traversées).
19. Ferrari P, Bonnot O. *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris: Médecine sciences publications-Lavoisier; 2012.
20. Blos P. Les adolescents, essai de psychanalyse. Stock. Paris; 1962.
21. Marcelli D, Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie.* Masson. Paris; 2008.
22. Cohen-Solal J, éditeur. *Au début de la vie psychique: le développement du petit enfant.* Paris: Jacob; 1999. 374 p.

23. Marty F. Adolescence et émotion, une affaire de corps: *Enfances Psy.* 17 févr 2011;n° 49(4):40-52.
24. Jeammet P. Les rites à l'adolescence. In: *L'esprit du temps.* Le bouscat; 2010. p. 645-53.
25. Marcelli D. Les modèles de compréhension de l'adolescence. In: *Adolescence et psychopathologie.* 7^e éd. Masson; 2008. p. 3-83.
26. Adès, J., & Lejoyeux, M. Conduites de risque. In: *EMC-Psychiatrie.* 2004. p. 201-15.
27. Michel G. La prise de risque à l'adolescence. Masson. Paris; 2001.
28. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. Masson. Paris; 2008.
29. Coslin P. Les conduites à risque à l'adolescence. Armand Colin. Paris; 2006.
30. Choquet M, Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. In: *Revue française de sociologie.* 1995. p. 567-9.
31. Coslin PG. Les conduites à risque à l'adolescence. Paris: A. Colin; 2003. (Cursus).
32. Michel G. Recherche de sensations et sur-éveil corporel à l'adolescence. In: *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence.* 2001. p. 244-51.
33. Michel, G., Purper-Ouakil, D., & Mouren-Simeoni, M.-C. Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent. In: *Neuropsychopatie de l'enfance et de l'adolescence.* 2006. p. 62-76.
34. Courtois R. Les conduites à risque à l'adolescence: repérer, prévenir, prendre en charge. Paris: Dunod; 2011. (Psychothérapies).
35. Le Breton D. Conduites à risque: des jeux de mort au jeu de vivre. 3e éd. Paris: PUF; 2013. (Quadrige).
36. Le Breton D. Conduites à risque des jeunes générations. In: *Sauvegarde de l'enfance.* 2003. p. 117-24.
37. Carton S. La recherche de sensations : quel traitement de l'émotion ? *Psychotropes.* 2005;11(3):121.
38. pedinielli J, Rouan G, Gimenez G. Psychopathologie des conduites à risque. In: *Annales medico psychologiques.* 2005. p. 30-6.
39. Pelladeau E, Coslin PG. Le jeu du foulard pourrait-il conduire de l'ordalie à l'addiction ? *Perspect Psy.* déc 2013;52(4):355-65.
40. Le Breton D. Conduites à risque des jeunes générations. In: *sauvegarde de l'enfance.* 2003. p. 117-24.
41. Michel G, Purper-Ouakil D, Mouren-Simeoni MC. Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* févr 2006;54(1):62-76.
42. Ministère de l'Education nationale. les « jeux dangereux » et les pratiques violentes : prévenir, intervenir et agir. 2007;16.
43. IPSOS-APEAS. Notoriété et pratique du « jeu du foulard ». 2012;
44. IPSOS-APEAS. Connaissance et pratique du « jeu du foulard » et autres jeux d'apnée et d'évanouissement auprès des 6-15ans. :2012.
45. clark M, Feczko J, Hawley D, Pless J. Asphyxial deaths due to hanging in children. In: *Journal of forensec sciences.* 1993. p. 344-55.
46. Michel G. Les jeux dangereux et violents chez l'enfant et l'adolescent: l'exemple des jeux d'agression et de non-oxygénation. *J Pédiatrie Puériculture.* 1 déc 2006;19(8):304-12.
47. AlBuhairan F, AlMutairi A, Al Eissa M, Naeem M, Almuneef M. Non-suicidal self-strangulation among adolescents in Saudi Arabia: Case series of the choking game. *J Forensic Leg Med.* févr 2015;30:43-5.
48. Cortey C, Godeau E, Ehlinger V, Bréhin C, Claudet I. Jeux d'asphyxie chez les élèves de CE1 et CE2. *Arch Pédiatrie.* janv 2016;23(1):45-52.

49. Andrew TA, Macnab A, Russell P. Update on “The Choking Game”. *J Pediatr.* déc 2009;155(6):777-80.
50. smolkova A., Rousselon-Charles V., Crochet F., Charles R. jeux dangereux et pratiques violentes à l'école 1re partie : le repérage en médecine générale.
51. Romano H. Chapitre 1. Le jeu dans le développement de l'enfant. *Enfances.* 2012;5-14.
52. Shlamovitz GZ, Assia A, Ben-Sira L, Rachmel A. “Suffocation roulette”: A case of recurrent syncope in an adolescent boy. *Ann Emerg Med.* févr 2003;41(2):223-6.
53. Brausch AM, Decker KM, Hadley AG. Risk of Suicidal Ideation in Adolescents with both Self-Asphyxial Risk-Taking Behavior and Non-Suicidal Self-Injury: Adolescent Risk Behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* août 2011;41(4):424-34.
54. Michel G, Bernadet S, Aubron V, Cazenave N. Des conduites à risques aux assuétudes comportementales : le trouble addictif au danger. *Psychol Fr.* déc 2010;55(4):341-53.
55. Bernadet S, Purper-Ouakil D, Michel G. Typologie des jeux dangereux chez des collégiens : vers une étude des profils psychologiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2012;170(9):654-8.
56. Michel G, Purper-Ouakil D, Mouren-Simeoni MC. Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* févr 2006;54(1):62-76.
57. INSEE. Dossier complet. Commune de Limoges (87085) [Internet]. 26 aout 2021 [cité 23 juil 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-87085>.
58. Thérizols AC, Molénat X. Les jeux dangereux, c'est pas du jeu: In: Les troubles de l'enfant [Internet]. Éditions Sciences Humaines; 2018 [cité 12 août 2023]. p. 112-6. Disponible sur: <https:// Cairn.info/les-troubles-de-l-enfant-2018--9782361064693-page-112.htm?ref=doi>
59. Hebert T, Vigne M, Dugas É. Les jeux dangereux au collège, une approche spatiale: *Déviance Société.* 10 nov 2020;Vol. 44(3):484-511.
60. Hébert T, Vigne M, Maréchaux B. Étude comparative d'un type de conduites à risque selon le genre. Le cas des jeux dits dangereux chez les adolescents et les adolescentes. *Genre Éducation Form* [Internet]. 1 juin 2021 [cité 12 août 2023];(5). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gef/695>
61. Rivara FP. Epidemiology of Childhood Injuries: II. Sex Differences in Injury Rates. *Am J Dis Child.* 1 juin 1982;136(6):502.
62. Dake JA, Price JH, Kolm-Valdivia N, Wielinski M. Association of Adolescent Choking Game Activity With Selected Risk Behaviors. *Acad Pediatr.* nov 2010;10(6):410-6.
63. Andrew TA, Fallon KK. Asphyxial Games in Children and Adolescents. *Am J Forensic Med Pathol.* déc 2007;28(4):303-7.
64. Guilhaeri J, Andronikof A, Yazigi L. “Brincadeira do desmaio”: uma nova moda mortal entre crianças e adolescentes. Características psicofisiológicas, comportamentais e epidemiologia dos ‘jogos de asfixia’. *Ciênc Saúde Coletiva.* mars 2017;22(3):867-78.
65. Brausch AM, Decker KM, Hadley AG. Risk of Suicidal Ideation in Adolescents with both Self-Asphyxial Risk-Taking Behavior and Non-Suicidal Self-Injury: Adolescent Risk Behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* août 2011;41(4):424-34.
66. Ibrahim AP, Knipper SH, Brausch AM, Thorne EK. Solitary Participation in the “Choking Game” in Oregon. *Pediatrics.* 1 déc 2016;138(6):e20160778.
67. Le Heuzey MF. Jeux dangereux chez l'enfant d'âge scolaire. *Arch Pédiatrie.* févr 2011;18(2):235-7.
68. Michel G, Garcia M, Aubron V, Bernadet S, Salla J, Purper-Ouakil D. Adolescent Mental Health and the Choking Game. *Pediatrics.* 1 févr 2019;143(2):e20173963.
69. Anne Claire Nonnotte. Les « jeux de non-oxygénation » chez les jeunes collégiens

français. Elsevier; 2015.

70. McClave JL, Russell PJ, Lyren A, O’Riordan MA, Bass NE. The Choking Game: Physician Perspectives. *Pediatrics*. 1 janv 2010;125(1):82-7.

71. Guilheri J, Fontan P, Andronikof A. Les « jeux de non-oxygénation » chez les jeunes collégiens français : résultats d’une étude pilote. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. déc 2015;63(8):495-503.

72. Zhang Y, Marshall I, Wallace BC. Rationale-Augmented Convolutional Neural Networks for Text Classification. In: *Proceedings of the 2016 Conference on Empirical Methods in Natural Language Processing* [Internet]. Austin, Texas: Association for Computational Linguistics; 2016 [cité 12 août 2023]. p. 795-804. Disponible sur: <http://aclweb.org/anthology/D16-1076>

73. Eduscol. Prévenir les « jeux » dangereux et les pratiques violentes à l’école. [Internet]. Education Nationale. Mai 2023. Disponible sur : <https://eduscol.education.fr/1016/prevenir-les-jeux-dangereux-et-les-pratiques-violentes-l-ecole>.

74. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé sexuelle. Agenda 2017-2030. [Internet]. 2017 [cité 1 dec 2019]. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf.

75. Eduscol. Les enjeux de l’éducation à la sexualité. [Internet]. Education Nationale. Septembre 2018 [cité 4 jan 2020]. Disponible sur : <https://eduscol.education.fr/cid105371/les-acteurs-de-l-education-a-la-sexualite.html>.

76. Cruzoulon V. Evaluation de l’impact d’une intervention du programme « Info-Ado » sur les connaissances des collégiens en matière de sexualité. [Thèse d’exercice]. [Toulouse]: Université Toulouse III Paul Sabatier; 2019.

77. Bouladour J. Revue systématique de la littérature sur la place du médecin généraliste dans l’éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des adolescents en France. [Thèse d’exercice]. [Caen]: Université de Caen. Faculté de médecine; 2018.

78. Waymel M, Pitiot P. Adolescente, sexualité, médecin généraliste, attentes et besoins: quelle place pour le médecin généraliste ? [Thèse d’exercice]. [Montpellier]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.

79. Vasseur L. Infections sexuellement transmissibles: recensement des connaissances des adolescents et place du médecin généraliste dans leur prévention [Thèse d’exercice]. [Paris]: Université Paris 13. Faculté de médecine; 2014.

80. Portier-Moser F. Perception par les adolescents du rôle du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles: enquête auprès de lycéens de Loire-Atlantique [Thèse d’exercice]. [Nantes]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2017.

Annexes

Annexe 1. Questionnaire	77
Annexe 2. Formulaire parentale de non-opposition à la participation à une étude clinique	81
Annexe 3. Formulaire de non-opposition à la participation à une étude clinique à destination des adolescents	83
Annexe 4. Accord écrit du comité d'éthique du CHU de Limoges.....	84

Annexe 1. Questionnaire

Je vous remercie pour le temps que vous consacrez à répondre à ce questionnaire. Je l'ai réalisé dans le cadre de mon projet de thèse en médecine générale. J'ai choisi de m'intéresser aux pratiques de jeux dangereux et plus particulièrement les « jeux d'asphyxie » chez les collégiens. Le but de ce travail est de réaliser un état des lieux de ces pratiques, afin d'améliorer leur prévention et dépistage par les médecins généralistes. Ce questionnaire est anonyme et le remplir ne vous prendra que quelques minutes. Merci par avance pour votre aide.

Première partie : généralités

1. Êtes-vous : une fille un garçon
2. Quel âge avez-vous?
3. Avez-vous des frères et sœurs ? oui. non
 → Si oui : Combien ? Quels âges ont-ils ?
4. Où habitez-vous ? : Chez vos parents Chez un de vos parents car ils sont séparés
ou autre
 Chez un proche Dans un foyer
5. Dans quel type d'établissement êtes-vous ? privé. public
 Quelle est votre moyenne scolaire ? Supérieure à 15/20 Entre 15/20 et 12/20
 Entre 12/20 et 10/20. Moins de 10/20
7. Avez-vous souvent des heures de colles/punitions ? Jamais Moins d'une fois par mois
 Plus d'une fois par mois
 Je ne souhaite pas répondre
8. Avez-vous déjà ? Fumé une cigarette.
 Consommé du cannabis
 Consommé de l'acool de manière massive (binge-drinking)
 Consommé d'autres substances psychoactives (que du cannabis).
 Conduit une voiture ou un scooter si vous avez moins de 14ans
 Eu des rapports sexuels non protégés.
 Fais une tentative de suicide
 Eu des idées noires
 Recours à des scarifications ou brûlures
 Praticqué une activité qui pouvait vous mettre vous/autrui en danger
 (strangulation, violences physiques..)
 Aucun de ceux cités au-dessus

9. Quand avez-vous eu un portable ? Je n'en ai pas En primaire Au collège

10. Avez-vous accès à internet ? Non. Oui avec un contrôle parental Oui de manière libre

Deuxième partie : Pratiques des jeux d'asphyxie

Cette deuxième partie concerne les jeux d'asphyxie. C'est-à-dire les jeux qui consistent à se couper la respiration, soit même ou par quelqu'un d'autre, en appuyant sur le nez, le cou ou encore la poitrine. On les appelle aussi les jeux d'apnée ou d'évanouissement. Les plus connus sont notamment le « jeu du foulard » ou du « rêve indien ».

11. Avez-vous déjà entendu parler de ce type de « jeux » ? oui. non

→ Si oui, comment avez-vous découvert ces « jeux » ?
film/série Sur un réseau social Dans un
ami(e) Par mon frère/soeur/cousin(e). Par un

→ Si oui, est-ce que quelqu'un vous a déjà proposé de participer ?
inconnu(e) Oui, mon frère/soeur/cousin(e)
 Oui, un ami(e) Oui, un
 Jamais

12. Connaissez-vous des gens autour de vous qui y jouent ?
 Oui, mon frère/soeur/cousin(e)
 Oui, un ami(e)
 Oui, certaines personnes que je connais
(au collège, activités extrascolaires...)
 Personne

13. Avez-vous déjà reçu des informations sur les jeux d'asphyxie et notamment sur leurs dangers?

oui. non

→ Si oui, par qui ou quel moyen ?
généraliste Un médecin
 Un pédiatre
 Un enseignant
 L'infirmière scolaire

- famille Un membre de votre
- Un ou une ami(e)
- sociaux Un site internet
- la radio Sur les réseaux
- A la télévision ou à
- Sur un magazine
- Autre (précisez) :

→ De qui préféreriez-vous recevoir cette information parmi les moyens précédemment cités ?
Précisez

14. Avez-vous déjà joué à ce type de « jeu » ? oui. non et je ne souhaite pas y jouer
 non mais j'aimerais y jouer

→ Si vous avez répondu « Non » à la question 14, le questionnaire s'arrête ici. Merci de votre participation.

15. A quel âge y avez-vous joué pour la première fois ?
et 13ans J'avais moins de 11ans. Entre 11
de 15ans Entre 13 et 15ans. J'avais plus
 Je ne souhaite pas répondre

16. Où jouez-vous à ces « jeux » ?
- Dans la cours de récréation A la cantine
- vestiaires d'EPS Dans les toilettes du collègue Dans les
- Dans les couloirs/escaliers du collègue En classe
- publique Devant le collègue Dans un lieu
- A la maison Chez ton ami(e)
- Autre (précisez) :

17. Avec qui jouez-vous à ces « jeux » ? Seul(e) Avec un ami(e)
 Avec un groupe d'amis Avec mon
frère/soeur/cousin(e)
- Avec des inconnus
- Seul(e) mais en direct sur un réseau social
- Je ne souhaite pas répondre

18. Combien de fois y avez-vous joué ? Une fois Moins de 5 fois Plus de 5 fois
 Je ne souhaite pas répondre

19. Pourquoi jouez-vous à ce type de « jeu » ? (plusieurs réponses possibles)

- Par curiosité
- Pour rechercher de nouvelles expériences
- Pour m'affirmer
- Pour la reconnaissance sociale
- Pour affronter le danger, la mort
- Pour perdre connaissance
- Pour faire comme les autres autour de moi
- Par pression exercée par autrui
- Pour la transgression de l'interdit
- Autre (précisez) :

20. Que ressentez-vous après avoir joué à ces « jeux » ?

- Sensation vertigineuse voir hallucinations
- Sensation d'excitation. Sensation de liberté
- Sensation d'anxiété, peur. Sensation de courage
- Sensation de perte de contrôle. Sentiment de culpabilité
- Sentiment de honte
- Autre (précisez) :

Le questionnaire se termine avec cette vingtième question. Je vous remercie pour l'aide précieuse que vous venez de m'apporter. Grâce à votre participation, je peux réaliser mon projet de thèse et je vous en remercie grandement.

Annexe 2. Formulaire parentale de non-opposition à la participation à une étude clinique

Chère Madame, Cher Monsieur,

Se présenter

Nous menons une recherche dans le cadre d'une thèse en médecine générale à l'Université de Limoges sur la pratique des jeux dangereux, et plus particulièrement la pratique des « jeux d'asphyxie » chez les enfants/adolescents. Cette action rejoint les engagements gouvernementaux pour la prévention de l'ensemble de ces « jeux dangereux » généralement pratiqués à l'abri du regard des adultes.

Le but de cette étude est d'améliorer la stratégie de dépistage et prévention de ce type de pratique.

Nous souhaiterions que vous autorisiez votre enfant à participer à cette étude qui se déroulera sous forme d'un questionnaire anonyme rapide. Aucune donnée personnelle de votre enfant ne sera collectée

Si vous êtes favorable, votre enfant pourra répondre, volontairement, à ce questionnaire.

Toutes les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Dans le plus strict respect du secret professionnel et médical, l'anonymat sera préservé. La publication éventuelle des résultats de l'étude ne comportera aucune donnée personnelle. Nous déclarons également ne pas avoir de conflits d'intérêt particuliers dans le cadre de cette étude (loi du 04 Mars 2002 et décret du 28 Mars 2007).

Vous pourrez prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée. Pour toute question éventuelle, vous êtes invités à contacter Gaëlle BROUARD (brouard.gaëlle@gmail.com / 06 78 84 28 27).

Si vous acceptez que votre enfant participe à notre étude, nous vous prions de signer l'autorisation parentale ci-jointe.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration à cette recherche et prions de croire, Madame, Monsieur, à nos cordiales salutations.

BROUARD Gaëlle

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (nom, prénom)

Père - Mère - Tuteur (entourer la mention utile)

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises, AUTORISE MON ENFANT :

Nom..... Prénom.

Date de naissance :

a remplir le questionnaire concernant les « jeux d'asphyxie », travail mené dans le cadre d'une thèse en médecine générale par Mme BROUARD Gaëlle interne en médecine générale à la Faculté de Médecine de Limoges.

Fait à Le

Signature :

Annexe 3. Formulaire de non-opposition à la participation à une étude clinique à destination des adolescents

Chers adolescents,

Nous menons une recherche dans le cadre d'une thèse en médecine générale à l'Université de Limoges sur la pratique des jeux dangereux, et plus particulièrement la pratique des « jeux d'asphyxie » chez les adolescents dans le département de la Haute-vienne.

Nous souhaiterions que vous participiez à cette étude qui se déroulera sous forme d'un questionnaire anonyme. Toutes les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Dans le plus strict respect du secret professionnel et médical, l'anonymat sera préservé.

La participation à cette étude n'est pas une obligation. Elle permettrait cependant d'améliorer la prévention et le dépistage de ces pratiques de « jeux d'asphyxie », notamment réalisés par votre médecin généraliste.

Nous vous remercions par avance de votre collaboration à cette recherche.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

Je, soussigné(e),

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Souhaite participer

Ne souhaite pas participer

a l'étude concernant les « jeux d'asphyxie », travail mené dans le cadre d'une thèse en médecine générale par Mme BROUARD Gaëlle interne en médecine générale à la Faculté de Médecine de Limoges.

Fait à Le

Signature de l'élève :

Annexe 4. Accord écrit du comité d'éthique du CHU de Limoges

Limoges le 24 février 2022

Madame,

Veillez trouver ci-joint l'avis du Comité d'Ethique enregistré sous le numéro **546-2022-202**.

Vous en souhaitant bonne réception et restant à votre disposition,

Recevez, Madame, mes salutations les meilleures.

Docteur Gérard TERRIER

Secrétariat : Nathalie DUREPAIRE
05 55 05 66 13 (poste : 56 613) comethiq@chu-limoges.fr
(Service d'accompagnement et de soins palliatifs)

CHU LIMOGES

Comité d'Ethique

Président : Docteur Gérard TERRIER

Avis 546-2022-202

Projet de thèse : «Pratique des « jeux d'asphyxie »

Projet de thèse présenté par **Madame BROUARD Gaëlle** interne de médecine générale sous la direction du **Docteur BUREAU-YNESTA Coralie** médecin généraliste à Limoges.

Le projet «Pratique des « jeux d'asphyxie » porté par **Madame BROUARD Gaëlle** ne recueille aucune réserve du point de vue éthique.

Avis enregistré sous le n°546-2022-202

Docteur Gérard TERRIER

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Etat des lieux des pratiques des « jeux d'asphyxie » chez les adolescents scolarisés en Haute-Vienne

Introduction – Dans la cour de récréation ou sur les réseaux sociaux, la pratique des « jeux d'asphyxie » connaît un essor grandissant. Les adolescents représentent une cible prioritaire à la prévention de ces « jeux ». Mettre à jour les données sur leurs pratiques constitue un enjeu de santé publique afin de mieux appréhender leur importance et permettre une plus forte sensibilisation du problème.

Méthode – Une enquête transversale a été réalisée auprès de 104 adolescents de 11 à 17ans, scolarisés en Haute Vienne, afin d'évaluer leur niveau de connaissances et de pratiques des « jeux d'asphyxie ». Les données des questionnaires ont été ensuite analysées dans le but de retrouver d'éventuels facteurs de risques à ces pratiques.

Résultats – Les résultats montrent une tendance à l'augmentation de ces pratiques, avec 70% des adolescents qui connaissent ces « jeux » et près de 20% qui y ont déjà participé. Hormis la pratique d'autres conduites à risques, le nombre d'heures de colles, l'incitation à jouer et la présence de joueurs dans l'entourage, aucun autre facteur risque n'a pu être mis en évidence. Il semblerait que n'importe quel adolescent, peu importe son niveau scolaire ou socio-environnemental, peut être touché.

Conclusion – Un message de prévention systématique est à délivrer auprès de chaque adolescent. L'environnement familial doit être sensibilisé sur le sujet pour permettre le dépistage précoce. Le médecin généraliste, premier interlocuteur des jeunes, a une place à prendre dans la prévention des pratiques des « jeux d'asphyxie » : consultation dédiée, amélioration du contenu des salles d'attente sont autant de pistes à étudier.

Mots-clés : jeux d'asphyxie, adolescents, prévention, conduites à risque

Overview of the practice of “chocking games” among teenagers attending school in Haute-Vienne, France

Introduction – In the playground or on social medias, the practice of « chocking games » is growing steadily. Adolescents are a priority target for the prevention of these “games”. Updating data on their practices is a public health challenge, to better understand the importance and raise awareness of the problem.

Method – A cross-sectional survey has been carried out among 104 teenagers aged 11 to 17 attending school in Haute-Vienne, France, in order to assess their level of knowledge and practice oh « chocking games ». Questionnaire data were then analysed to identify any potential risk factors associated with these practices.

Reesults – The results show an upward trend in these practices, with 70% of teenagers aware of these « games » and almost 20% of them having already taken part. Apart from the practice of other risky behaviors, the number of hours spent in detention, players in the entourage, no other risk factors were identified. It would seem that any teenager, regardless of his or her educational or socio-environmental background, can be affected by these « games ».

Conclusion – A preventive message must be systematically delivered to every teenager. The family environment needs to be made aware of the issue, to enable early detection. General practitioners, as the first point of contact for young people, have a role to play in preventing the practice of “chocking games”: dedicated consultations, improving the content of waiting rooms are all avenues to be explored.

Keywords : chocking games, teenagers, prevention, risky behavior

