



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Sophia LAHRICHI

le 24 juin 2009

**INTOXICATIONS ALCOOLIQUES AIGÜES
A L'ADOLESCENCE :
Expérience sur un an
à l'Hôpital d'Enfants de Nancy (31 cas)**

Examineurs de la thèse :

M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	Président
M. P. MONIN	Professeur }	
M. R. SCHWAN	Professeur }	Juges
M. B. KABUTH	Docteur }	

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Sophia LAHRICHI

le 24 juin 2009

**INTOXICATIONS ALCOOLIQUES AIGÜES
A L'ADOLESCENCE :
Expérience sur un an
à l'Hôpital d'Enfants de Nancy (31 cas)**

Examineurs de la thèse :

M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	Président
M. P. MONIN	Professeur }	
M. R. SCHWAN	Professeur }	Juges
M. B. KABUTH	Docteur }	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT
Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1 ^{er} Cycle :	M. le Professeur François ALLA
du 2 ^{ème} Cycle :	M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
du 3 ^{ème} Cycle :	M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
Filières professionnalisées :	M. le Professeur Christophe CHOSEROT
Prospective :	M. le Professeur Laurent BRESLER
FMC/EPP :	M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI – Professeur Bruno CHENUEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie*)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,**

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : Chimie Organique, Minérale, Industrielle

Monsieur Franck DALIGAULT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean FLOQUET
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Alain
LARCAN - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Guy PETIET -
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Danièle
SOMMELET - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédopsychiatrie

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury et de juger notre travail.

Nous sommes fière d'avoir été l'une de vos élèves et vous remercions pour la richesse de vos enseignements. Votre grande culture, vos qualités humaines et votre ouverture d'esprit nous ont laissé admirative. Vos perceptions si justes de ce qui fait l'essence de ce métier de Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent nous ont beaucoup touchée.

Plus personnellement, nous vous remercions pour l'accueil bienveillant que vous nous avez toujours réservé, la confiance que vous nous avez manifestée, et le soutien que vous nous avez sans cesse renouvelé notamment pour notre projet professionnel.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe de la vive gratitude, de la grande estime et du profond respect que nous vous témoignons.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Pierre MONIN

Professeur de Pédiatrie

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Durant notre semestre de pédiatrie en tant qu'interne et lors des deux premiers cycles des études médicales, nous avons pu apprécier vos qualités pédagogiques, et admirer votre culture médicale ainsi que votre sens aigu de la clinique.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe de la grande estime et du profond respect que nous vous témoignons.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

Professeur de Psychiatrie d'adultes

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Nous avons eu la chance, durant notre internat, de vous voir arriver dans notre faculté. Nous avons pu apprécier vos qualités pédagogiques ainsi que la richesse de vos connaissances théoriques.

Nous admirons votre enthousiasme et votre dynamisme et vous remercions pour l'atmosphère stimulante de recherche et de travail que vous savez insuffler.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe de la grande estime et du profond respect que nous vous témoignons.

A notre Juge

Monsieur le Docteur Bernard KABUTH

Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Docteur en Psychologie

Nous vous remercions d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter de diriger ce sujet de thèse.

Nous sommes honorée de l'intérêt que vous avez porté à cette thèse tout au long de son élaboration. Nous vous remercions de nous avoir guidée dans le cheminement de nos idées, de nous avoir soutenue et fait confiance tout au long de l'élaboration de ce travail.

Nous vous savons gré d'avoir également éveillé en nous l'intérêt pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et d'avoir guidé nos premiers pas. Nous admirons vos compétences, votre disponibilité envers les patients et les équipes soignantes, votre patience et votre gentillesse qui resteront pour nous des modèles.

Que ce modeste travail soit pour vous, l'expression de notre grande estime, de notre profonde admiration et de notre vive gratitude.

A Madame le Docteur Nelly LE DUIGOU

Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Nous tenions à vous remercier pour votre accueil lors de notre semestre en pédopsychiatrie de liaison. Ce semestre a été pour nous très riche d'enseignements.

Nous avons eu l'occasion d'apprécier vos grandes qualités cliniques et l'étendue de vos connaissances dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Enfin, nous vous sommes très reconnaissante de nous avoir sensibilisée au phénomène des alcoolisations aiguës de l'adolescent qui par la suite deviendra notre sujet de thèse.

Recevez ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce travail,

A Madame Marie-Chantal DOSCH, *secrétaire du service de pédopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants et amie, pour son soutien quotidien, ses encouragements, ses conseils avisés et son aide précieuse,*

A Madame Hélène FELTER, *secrétaire incontournable du Centre de Maladies Héritaires du Métabolisme, pour son aide, sa gentillesse et tous nos fous rires,*

A Monsieur Denis DECKER, *infirmier expérimenté, pour son écoute et son soutien, sa patience et toutes ses « supervisions improvisées »,*

A Madame Delphine POIROT *pour sa disponibilité et sa bonne humeur en toutes circonstances,*

Aux Docteurs Anne BORSA-DORION et Sylvie CAVARE-VIGNERON *pour leurs renseignements précieux,*

Aux Docteurs Isabelle CHAVOT-CARTEAUX, Marie-Catherine ISOARDI et Pascale HOUZE *pour leur collaboration,*

A Mesdames BEAUVIER, Valérie BURGE et Virginie SALEH *pour leur collaboration,*

A Fabienne, Solenn et Stéphanie, *pour leurs conseils précieux,*

Au personnel du D.I.M. *et plus particulièrement à Monsieur Denis PERRIN.*

A tous ceux qui ont participé à ma formation professionnelle,

A Monsieur le Docteur SCHANG et toute l'équipe du 2^{ème} secteur de psychiatrie du Centre Hospitalier de Ravenel,

A Monsieur le Professeur KAHN et toute l'équipe de psychiatrie et de psychologie clinique du C.H.U. de Nancy,

A Monsieur le Docteur PANNETIER et toute l'équipe du SPUL de Metz,

A Monsieur le Docteur KABUTH et toute l'équipe de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du 4^{ème} secteur infanto-juvénile de Nancy,

A Monsieur le Professeur SIBERTIN-BLANC et aux équipes du 2^{ème} secteur infanto-juvénile, en particulier celle des CMP de Lunéville et celle de la Maternité Régionale de Nancy,

A Monsieur le Docteur PAREJA et toute l'équipe du 3^{ème} secteur de psychiatrie du C.P.N.,

A Madame le Docteur LE DUIGOU,

A Madame le Docteur MAAZI,

A Monsieur le Docteur BODY LAWSON,

A Madame le Docteur ROTHENBURGER,

A Monsieur le Professeur FEILLET,

A Madame le Docteur BONNEMAINS.

A ma famille,

A Christian, avec tout mon amour,

Merci de m'avoir soutenue et encouragée lors de la rédaction de ce travail.

Merci pour ta patience et ta générosité.

A mes parents, avec toute mon affection et toute ma gratitude,

Merci de m'avoir appris le respect, la tolérance et l'acceptation de l'Autre « différent ».

Merci pour votre soutien durant toutes ces années d'études.

A toi maman,

A ton dynamisme, ton dévouement pour les tiens,

A la grande conscience avec laquelle tu as toujours exercé la médecine.

A toi papa,

A ton courage et ta volonté exemplaires,

A ton esprit rigoureux et à ta droiture.

A ma sœur Sarah avec toute ma tendresse,

A ta générosité, ta gentillesse. A nos deux années de collocation trop courtes.

A ma grand-mère, ce modèle de courage et de générosité, cet esprit ouvert et curieux, cette femme admirable, cette mémé irremplaçable qui nous a quitté beaucoup trop tôt.

A la mémoire de mon grand-père, que je n'ai pas eu le temps de connaître.

A mes grands-parents de Casablanca avec toute mon affection.

A mes oncles et tantes,

A ma cousine Zineb, à tous ces merveilleux moments de notre enfance, à tout ce qui nous rapproche.

A mes plus jeunes cousins, à Pauline, Herrade, Youssef, Meriem, Souad, Youness.

A ma belle famille, pour son accueil et ses encouragements.

A toute ma famille, du Maroc et de Lorraine.

A mes amis,

A mes amis d'enfance et de faculté :

A Anne-Marie qui a souvent joué le rôle de la grande soeur,

A tous ces bons moments passés ensemble.

A Nora, amie d'enfance,

A nos discussions sans fin, à nos analyses des relations humaines,

J'espère que l'on se retrouvera un jour...

A Manue et Julien,

A Manue, à notre amitié sans faille et à notre grand respect mutuel.

Julien, merci pour ton aide en informatique et tes conseils.

A Clarence, Emilie et Sam,

A nos années « foyer », à nos années « faculté », à notre amitié toujours aussi forte.

A Céline, à nos confidences, à notre si proche vision des choses.

A Romain, à nos séances « BU »,

Un grand merci pour ton soutien lors de la préparation de l'ENC.

A Réda, à ta bonne humeur, ta joie de vivre.

A Peggy et Thierry,

A notre amitié récente, à tous ces « barbecues » et soirées passées ensemble.

A mes amis et collègues d'internat,

A Sébastien, Philippe, Myriam, Julia, Aline, Pauline, Sylvain, Caroline, Stéphanie, Karima, Lucas et Régis.

A Claire pour sa gentillesse.

A Soumia pour nos réveils matinaux et tous nos fous rires !

A Marjorie et Amandine pour votre soutien durant le semestre de pédiatrie.

A tous les Marrakchis et tous les Nancéens qui ont compté dans ma vie...

Serment

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	24
INTRODUCTION GENERALE	25
1^{ERE} PARTIE : THEORIE	28
I. RAPPEL HISTORIQUE ET EVOLUTION DES CONCEPTS	29
1.1. <i>Historique des consommations d'alcool.....</i>	29
1.2. <i>Entrée de l'alcool dans le champ médical.....</i>	32
1.3. <i>Tentatives de définition de l'alcoolisme</i>	33
1.4. <i>Du syndrome de dépendance aux autres modalités d'alcoolisation nocives.....</i>	34
1.5. <i>Historique de la consommation d'alcool chez les adolescents</i>	34
II. DEFINITIONS ET CLASSIFICATIONS ACTUELLES.....	36
2.1. <i>Classifications de l'alcoolisme.....</i>	36
2.1.1. Classification des troubles liés à l'utilisation d'alcool par l'OMS	37
2.1.2. Classification des troubles liés à l'alcool selon le DSM-IV-TR	37
2.2. <i>Les différentes conduites d'alcoolisation en-dehors de la dépendance</i>	38
2.2.1. Selon la CIM-10 et le DSM-IV-TR.....	38
2.2.2. Selon la Société Française d'Alcoologie	40
2.3. <i>L'ivresse alcoolique.....</i>	42
2.4. <i>L'intoxication alcoolique aiguë.....</i>	42
2.4.1. Définitions selon la CIM-10 et le DSM-IV-TR	43
2.4.2. Diagnostic selon la Société Francophone d'Urgences Médicales.....	44
III. CONDUITES D'ALCOOLISATION DE L'ADOLESCENT	47
3.1. <i>Classifications des conduites d'alcoolisation chez l'adolescent.....</i>	47
3.1.1. Classifications quantitatives et classifications basées sur le modèle adulte....	47
3.1.2. Les critères diagnostiques retenus pour l'adulte sont-ils transposables chez l'adolescent ?	48
3.2. <i>Les différents modes de consommation d'alcool à l'adolescence</i>	51
3.2.1. La consommation conviviale et récréative.....	51
3.2.2. La consommation auto-thérapeutique	52
3.2.3. La consommation toxicomaniaque.....	52
3.3. <i>Une consommation d'alcool qui varie en fonction du temps</i>	53
3.3.1. Variation de la consommation en fonction de l'âge.....	53
3.3.2. Variation de la consommation en fonction du moment de la journée.....	54
3.4. <i>Une poly-consommation ?.....</i>	55

3.5. <i>Ivresses et conduites d'excès à l'adolescence</i>	55
3.5.1. Risques immédiats liés aux ivresses à l'adolescence	55
3.5.2. Ivresses aiguës et conduites à risques	56
3.5.3. Ivresses aiguës et équivalents suicidaires.....	56
3.6. <i>Le phénomène du Binge Drinking : une entité qui reste à préciser</i>	57
IV. IVRESSES AIGUËS ET BINGE DRINKING A L'ADOLESCENCE : ETAT DES LIEUX EN FRANCE ET EN EUROPE	59
4.1. <i>Etat des lieux en France</i>	61
4.1.1. Généralités sur la consommation d'alcool des adolescents en France	61
4.1.2. Les ivresses aiguës chez les adolescents en France	61
4.1.3. Le Binge Drinking des adolescents en France	67
4.1.4. Les intoxications alcooliques aiguës chez les adolescents admis aux urgences	67
4.2. <i>Etat des lieux en Europe</i>	68
4.2.1. Les ivresses aiguës chez les adolescents en Europe.....	68
4.2.2. Le Binge Drinking des adolescents en Europe.....	70
V. FACTEURS DE VULNERABILITE AUX CONDUITES DE CONSOMMATION D'ALCOOL A L'ADOLESCENCE	72
5.1. <i>Facteurs psychosociaux et environnementaux</i>	72
5.1.1. Facteurs familiaux	72
5.1.2. Influence des pairs.....	74
5.1.3. Influence du milieu scolaire	75
5.1.4. Facteurs sociaux	75
5.2. <i>Facteurs liés au produit : l'alcool, « une drogue licite »</i>	76
5.3. <i>Facteurs individuels</i>	77
5.3.1. Facteurs neurobiologiques et génétiques.....	77
5.3.2. Développement pubertaire	79
5.3.3. Dimensions de personnalité	79
5.3.4. Facteurs psychopathologiques.....	82
5.4. <i>Multifactorialité</i>	85
VI. PSYCHOPATHOLOGIE DES CONDUITES D'ALCOOLISATION A L'ADOLESCENCE	86
6.1. <i>Alcool, rites initiatiques et ordalies</i>	86
6.1.1. Alcool et rites initiatiques	86
6.1.2. Alcool et ordalies	87
6.2. <i>Alcool et « sur-éveil » corporel</i>	88
6.2.1. Problématique du corps à l'adolescence	88
6.2.2. L'excitation sexuelle à l'adolescence.....	88
6.2.3. Recherche de sensations et « sur-éveil » corporel.....	89
6.3. <i>Alcool et affirmation identitaire</i>	89
6.3.1. Un marketing qui cible des jeunes en quête de différenciation et d'identité ..	90
6.3.2. Crise d'identité à l'adolescence.....	91
6.3.3. Crise d'identité et consommation d'alcool.....	91
6.4. <i>Alcool et processus de séparation-individuation à l'adolescence</i>	92
6.4.1. Le second processus de séparation-individuation à l'adolescence.....	92
6.4.2. Adolescence et travail de deuil.....	92
6.4.3. Conduites d'alcoolisation à risque comme aménagement de ce processus.....	93

6.5. <i>Alcool et dépression à l'adolescence</i>	94
6.5.1. Problème de la dépression à l'adolescence	94
6.5.2. Alcool et stratégie face à la dépression	94
6.6. <i>Alcool, automédication et apaisement des tensions</i>	95
6.6.1. Les moments sensibles	95
6.6.2. Apaisement des tensions	95
6.6.3. Prise de risque et régulation émotionnelle	96
6.6.4. Modèle de l'automédication.....	96
VII. RISQUES EVOLUTIFS DES CONSOMMATIONS EXCESSIVES D'ALCOOL A	
L'ADOLESCENCE	97
7.1. <i>Risques évolutifs des mésusages d'alcool à l'adolescence</i>	97
7.1.1. Persistance de ces mésusages à l'âge adulte	97
7.1.2. Dépendance à l'âge adulte.....	98
7.1.3. Comportements suicidaires	98
7.2. <i>Particularités des risques évolutifs du Binge Drinking à l'adolescence</i>	99
7.2.1. Persistance de ce phénomène à l'âge adulte.....	99
7.2.2. Dépendance ultérieure à l'alcool	99
7.2.3. Autres risques évolutifs.....	99
7.2.4. Risques évolutifs en fonction de différentes trajectoires à l'adolescence	100
7.3. <i>Age du début de la consommation d'alcool et risques évolutifs</i>	100
7.3.1. Consommation précoce et mésusage ultérieur d'alcool	100
7.3.2. Consommation précoce et risque suicidaire.....	101
VIII. RECOMMANDATIONS ET CONDUITE A TENIR	102
8.1. <i>Généralités : Abord thérapeutique d'un adolescent consommateur d'alcool</i>	102
8.1.1. De la nécessité d'effectuer une évaluation globale	102
8.1.2. Quelle attitude adopter ?	102
8.2. <i>Consommation récréative et prévention</i>	103
8.2.1. Consommation récréative.....	103
8.2.2. Prévention.....	103
8.3. <i>Prise en charge des mésusages d'alcool à l'adolescence</i>	104
8.3.1. Généralités.....	104
8.3.2. Cas particulier de la consommation auto-thérapeutique	106
8.4. <i>Prise en charge de l'IAA de l'adolescent aux urgences</i>	107
2^{EME} PARTIE : ETUDE ET RESULTATS	108
I. PRESENTATION DE L'ETUDE	109
1.1. <i>Objectifs de l'étude</i>	109
1.2. <i>Méthodologie</i>	110
1.2.1. Type d'étude.....	110
1.2.2. Population étudiée	110
1.2.3. Terminologie	111
1.2.4. Données et modalités de recueil.....	112

II. RESULTATS : ANALYSE DE LA POPULATION	115
2.1. Caractéristiques démographiques.....	116
2.1.1. Répartition par sexe.....	116
2.1.2. Répartition par âge	116
2.2. Description de l'épisode d'intoxication alcoolique aiguë.....	117
2.2.1. Heure présumée de la prise d'alcool	117
2.2.2. Lieu de la consommation	117
2.2.3. Avec qui ?.....	118
2.2.4. Types d'alcools consommés.....	118
2.2.5. Autres produits consommés de manière concomitante	119
2.2.6. Quantité d'alcool présumée consommée.....	119
2.2.7. Alcoolémie moyenne.....	119
2.2.8. Complications somatiques.....	120
2.2.9. But recherché lors de l'IAA	120
2.2.10. Critique.....	122
2.2.11. Comorbidités psychiatriques associées à l'IAA.....	122
2.3. Antécédents personnels	122
2.3.1. Antécédents d'IAA.....	122
2.3.2. Age de la première IAA	123
2.3.3. Modalités de consommation habituelles d'alcool	123
2.3.4. Autres consommations de toxiques.....	123
2.3.5. Autres conduites à risques.....	124
2.3.6. Antécédents de scarifications	124
2.3.7. Antécédents psychiatriques autres	124
2.3.8. Antécédents de suivi psychologique ou pédopsychiatrique	125
2.3.9. Dimensions de personnalité	125
2.4. Situation socio-familiale	126
2.4.1. Structure familiale.....	126
2.4.2. Fratrie	127
2.4.3. Lieu d'hébergement du sujet.....	127
2.4.4. Situation scolaire et professionnelle.....	128
2.4.5. Résultats scolaires	128
2.4.6. Vie sociale	129
2.4.7. Activité professionnelle des parents.....	129
2.4.8. Facteurs socio-familiaux influant sur l'état de santé.....	130
2.5. Antécédents familiaux psychiatriques	131
2.5.1. Antécédents familiaux de mésusage d'alcool	131
2.5.2. Antécédents familiaux psychiatriques autres	131
2.6. Prise en charge	133
2.6.1. Modalités de prise en charge après le passage au POSU	133
2.6.2. Suivi proposé à distance	134
2.7. Devenir à 6 et 12 mois	136
2.7.1. Suivi psychologique ou pédopsychiatrique à 6 et 12 mois	136
2.7.2. Récidives d'IAA.....	137
2.7.3. Hospitalisations en psychiatrie.....	138
2.7.4. Tentatives de suicide	138
2.7.5. Autres comportements à risques	139
2.7.6. Autres manifestations psychiatriques.....	139

III. DISCUSSION	140
3.1. Analyse des résultats	140
3.1.1. Notre effectif	140
3.1.2. Les caractéristiques démographiques de notre échantillon	141
3.1.3. Les caractéristiques de l'épisode d'IAA dans notre étude	142
3.1.4. Les antécédents personnels des sujets inclus	145
3.1.5. La situation socio-familiale des sujets inclus	148
3.1.6. Les antécédents familiaux	150
3.1.7. Profil de notre population.....	150
3.1.8. La prise en charge	151
3.1.9. Devenir à 6 et 12 mois.....	154
3.2. Limites et critiques de notre étude	156
3.2.1. Limites méthodologiques générales	156
3.2.2. Limites et regrets concernant la partie rétrospective.....	157
3.2.3. Limites de la partie transversale	157
3.3. Perspectives.....	158
3.3.1. Sensibiliser les soignants au problème d'IAA chez l'adolescent.....	158
3.3.2. Améliorer la prise en charge initiale	158
3.3.3. Améliorer la prise en charge ultérieure.....	159
3.3.4. Proposition d'un protocole d'accueil et de prise en charge	159
 CONCLUSION GENERALE	 162
 BIBLIOGRAPHIE	 165

ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ATCD : Antécédents

C.H.U. : Centre Hospitalo-Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

C.P.N. : Centre Psychothérapique de Nancy

D.I.M. : Direction de l'Information Médicale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense

ESPAD : European School Survey on Alcohol and Other Drugs

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : Health Behaviour among School Children

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IAA (ou IEA) : Intoxication Alcoolique (Ethylique) Aiguë

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IREB : Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

NIAAA : National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

POSU : Pôle d'Orientations et de Soins d'Urgences

SFA : Société Française d'Alcoologie

TS : Tentative de Suicide

U.A.U.P. : Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques

INTRODUCTION GENERALE

Les états d'ivresse chez l'adulte sont de véritables problèmes de santé publique qui interpellent depuis de nombreuses années le corps médical et les pouvoirs publics. Dans cette tranche d'âge, l'alcoolodépendance et les mésusages d'alcool sont bien authentifiés. Les conséquences de ces troubles sur le plan personnel (physique et psychique) et social ont suscité de nombreux travaux et sont actuellement reconnues par tous.

L'intérêt général ne s'est porté que récemment sur la consommation d'alcool des jeunes et des adolescents, comme nous le verrons dans le premier chapitre de notre travail. Certes, l'alcoolodépendance et les risques de complications somatiques sont bien plus rares à l'adolescence qu'à l'âge adulte. Pourtant, comme chez les adultes, l'alcool est très souvent présent dans les accidents de la circulation, dans les actes délictuels et criminels et dans les conduites à risque des adolescents. Par ailleurs, les consommations excessives d'alcool se seraient multipliées dans cette tranche d'âge durant les deux dernières décennies. L'apparition d'un phénomène nouveau, le *Binge Drinking*, relayé par une médiatisation importante, a probablement contribué à l'intérêt porté actuellement aux conduites d'alcoolisation à l'adolescence.

Ces conduites d'alcoolisations massives ont très souvent des conséquences bruyantes et sont souvent responsables d'une véritable Intoxication Alcoolique Aiguë (IAA) conduisant à l'admission aux Urgences, voire à une hospitalisation. C'est d'ailleurs dans ce contexte hospitalier que nous avons, pour notre part, été sensibilisée à la question des conduites d'alcoolisation à l'adolescence.

Chez les adolescents, le risque semble se situer probablement plus en terme de mésusage d'alcool qu'en terme de dépendance et de conséquences physiques au long cours. Ce sont les usages nocifs et les usages à risque qui posent surtout problème dans cette tranche d'âge. Le second chapitre de notre travail nous permettra de préciser les termes employés au regard des classifications existantes chez l'adulte.

Nous soulignerons ensuite les spécificités cliniques des conduites d'alcoolisation à l'adolescence, avant d'en donner un aperçu d'ordre épidémiologique. Nous citerons également les facteurs de vulnérabilité potentiels aux conduites de consommation d'alcool à l'adolescence et nous nous efforcerons d'en synthétiser les explications psychopathologiques. Enfin nous finirons notre partie théorique en abordant la question des

risques évolutifs et de la conduite à tenir face, notamment, à ces adolescents rencontrés aux urgences pour IAA.

En France, les études portant sur les IAA des adolescents aux urgences sont relativement rares. Aussi, avons-nous réalisé, dans la seconde partie de notre travail, une étude descriptive portant sur 31 adolescents rencontrés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy sur une période d'un an. Dans un premier temps, nous reprendrons les caractéristiques de cette population, préciserons la prise en charge proposée et tenterons d'appréhender le devenir à court terme de ces adolescents.

Dans un second temps, nous analyserons les résultats et les comparerons aux données de la littérature. Ceci alimentera notre réflexion quant aux éventuels aménagements à réaliser en terme de prise en charge auprès des adolescents rencontrés dans un contexte d'IAA dans notre établissement nancéien.

1^{ère} PARTIE : THEORIE

I. Rappel historique et évolution des concepts

La recherche de l'ivresse, d'un « autre état », est une constante dans l'histoire humaine. Selon P. Fouquet [88], « de l'aube de l'humanité à nos jours, les hommes ont utilisé des produits végétaux ou synthétiques pour trouver Dieu et échapper à leur condition ». L'alcool fut l'un de ces premiers produits utilisés.

1.1. Historique des consommations d'alcool

L'existence de boissons fermentées est indéniablement ancienne dans l'histoire de l'homme. Il semblerait que, dès le néolithique, l'homme ait fabriqué des boissons à partir de céréales fermentées. Ainsi, les **bières** produites probablement d'abord à base de **millet** [22], ont certainement été les premières boissons alcooliques fabriquées. Pour certains, l'ancêtre des boissons alcoolisées serait l'**hydromel**, produit de la fermentation du miel arrosé par l'eau de pluie et exposé aux levures de l'air [88]. La découverte de ces breuvages fut rapidement suivie par celle du vin dont la culture se développa parallèlement à la sédentarisation et au développement des civilisations.

Les égyptiens fabriquaient et consommaient de nombreuses boissons alcoolisées dont le vin et les bières. Les bières étaient considérées comme un cadeau d'Osiris [51]. D'ailleurs, en hiéroglyphes le repas s'écrivait « pain-bière » [22]. Quant aux utilisations du vin, elles étaient nombreuses : repas, festivités, rituels, funérailles... **Ainsi, le vin comme les bières permettaient, entre autres, le contact avec les dieux et inauguraient les ivresses divines.**

Chez les grecs, le vin avait également une grande importance et un rôle majeur dans la vie sociale. Dans l'*Illiade* et l'*Odyssée*, le **vin est pourvu de pouvoirs initiatiques**. C'est également la **boisson des assemblées** (symposium) pour l'élite intellectuelle et politique. La bière, par contre, était alors assimilée à la barbarie [22].

Les Romains, par la suite, firent du vin la boisson alcoolisée la plus consommée de la Rome antique comme en témoignent les nombreux vestiges archéologiques. Ils l'acheminèrent progressivement dans toutes les provinces conquises. Mais ceci n'aurait pu se faire sans l'aide précieuse des Gaulois, gros buveurs et excellents feronniers, qui inventèrent un objet fondamental : le tonneau. Et c'est ainsi que, plantée d'abord sur la côte méditerranéenne, la

vigne progressa dans notre pays avec les colons romains en remontant vers le Nord [23].
Depuis, le vin est enraciné au plus profond de la culture française.

Dès cette période gréco-romaine, les témoignages d'**excès de consommation d'alcool** voire d'**ivresses** abondent, du banquet platonicien aux ivresses de Tibère (Tiberius Claudius Nero surnommé *Biberius Caldius Mero* c'est-à-dire « buveur de vin pur et chaud »), des Dionysies aux Bacchanales.

Initialement boisson des assemblées philosophiques et des orgies païennes, le vin devint rapidement un **objet rituel de la nouvelle religion chrétienne** et le symbole de la civilisation s'opposant aux « barbares ». Au Moyen Age en Europe chrétienne, les viticultures furent encouragées dans le but de célébrer l'eucharistie. Offrir du vin devint un signe d'une haute position sociale, un symbole de pouvoir : de l'évêque, du seigneur et des nobles.

Ainsi, la préférence pour le vin se confirma-t-elle, notamment en France. La bière resta cependant la boisson de choix des peuples du Nord et des Germains.

Quant aux eaux de vie et plus particulièrement au whisky, leur distillation semble s'être progressivement répandue au XII^e siècle, notamment en Ecosse et en Irlande. Ces boissons doivent leur origine aux missionnaires chrétiens ayant rapporté, lors de croisades en Terre Sainte, le fameux **alambic** [51] et le savoir de la distillation utilisée par les Arabes pour produire des parfums.

Le mot *alcool* vient d'ailleurs de l'arabe « **al khoul** », le khôl, fine poudre d'antimoine, utilisée comme fard à paupière en Orient pour sa couleur noire. Il ne fut introduit dans notre langue et dans son orthographe actuelle qu'au **XVI^e siècle** [51]. A ce mot s'attacha d'abord une idée de finesse et de subtilité que les alchimistes appliquaient aussi bien à des poudres impalpables qu'aux principes volatils isolés par distillation. Paracelse nommait ***alcool vini*** celui que l'on recueillait dans la distillation du vin. Ce n'est qu'à partir du début du XIX^e siècle que ce dernier sens du mot alcool utilisé sans qualificatif devint à peu près exclusif.

Au XVIII^e siècle, une véritable **culture œnologique** se développa en France et la consommation de vin fut de plus en plus assimilée au **bon goût**. A l'opposé, la bière avait dans les pays et régions vinicoles l'image de « la boisson des pauvres et des barbares ».

C'est également au XVIII^e siècle que l'eau de vie commença à avoir du succès en France après avoir été commercialisée par les Hollandais et s'être répandue en Angleterre [22].

Cependant, à cette époque, seuls les nobles, les grands bourgeois et leurs domestiques pouvaient s'offrir régulièrement vins et liqueurs. Aussi, seuls ces privilégiés pouvaient donc devenir alcoolodépendants [22], soit « **ivrognes** » comme il était alors coutume de dire. Dans les autres catégories sociales qui ne pouvaient s'offrir le luxe de se procurer régulièrement de tels produits, le mode de consommation le plus fréquent était celui d'une **alcoolisation aiguë et massive les jours chômés**, principalement les dimanches, à l'origine de nombreux troubles sociaux [22].

Durant la révolution industrielle, la production et la vente des boissons alcoolisées augmentèrent à la fois pour des raisons techniques (progrès de l'agriculture et des méthodes de production, développement des transports,...) et des raisons humaines (rôle de réconfort dans un contexte d'exode rural) [22]. Ainsi, apparut un nouveau mode de consommation qui accompagna la mutation industrielle : boire au bistrot, au café et dans les cabarets et non plus uniquement chez soi [51]. Par ailleurs, la consommation de vin fut « démocratisée » et des classes sociales plus modestes purent y accéder [23].

C'est ainsi qu'après le début de l'industrialisation, la consommation moyenne et les excès de boissons alcoolisées augmentèrent régulièrement. Jusqu'alors, les ivresses qui faisaient souvent partie des rituels religieux et servaient à établir des contacts avec une divinité et à élargir la conscience des individus constituant la communauté, avaient lieu dans un cadre temporel et spatial défini. Avec la fabrication industrielle de boissons alcooliques, les ivresses devinrent alors **profanes et individuelles** et les problèmes liés aux états d'ivresse et aux consommations excessives commencèrent à se poser.

Ce bref rappel historique permet donc de souligner un point essentiel : **les modalités de consommation d'alcool ne peuvent être dissociées du contexte religieux, culturel et social.**

1.2. Entrée de l'alcool dans le champ médical

Dans les modes de consommation anciens, l'alcoolisation ne posait pas de problème de santé publique. A l'époque, l'espérance de vie étant basse, les pathologies touchant le buveur chronique après plusieurs années d'intoxication importaient peu. La santé du peuple dépendait d'abord des épidémies et des famines [22].

A l'inverse, l'alcool était même considéré comme revigorant dans le traitement de certaines fièvres et ses propriétés antiseptiques, réelles mais souvent exagérées, furent même des arguments de consommation pour pallier à la pollution de l'eau. Par ailleurs, l'alcool était apprécié pour ses qualités énergétiques et son apport en vitamines et minéraux [22].

Pendant longtemps donc, le regard médical ne s'est pas posé ni sur l'ivresse, ni sur les conséquences d'une consommation chronique. Ce n'est que vers le **milieu du XIX^e siècle**, durant la révolution industrielle, qu'apparaît la notion d'**alcoolisme** qui se substitua à celle alors en vigueur d'*ivrognerie*. Ce terme fut créé en **1849** par un médecin suédois, **Magnus Huss**, après qu'il ait constaté la fréquence d'affections, toutes induites par l'alcool, chez la population hospitalière de Stockholm.

L'alcoolisme était alors considéré comme **l'ensemble des conséquences pathologiques** (gastro-entérologiques, neurologiques, cardiologiques...) liées à l'absorption d'alcool. Dans cette démarche, la conduite alcoolique était passée sous silence, notamment l'appétence pour le toxique : on se penchait plus sur l'ivrognerie perçue sous l'angle de la déchéance morale et sociale que sur l'étiologie ou la pathogénie [51].

Durant la Première Guerre mondiale, la consommation de vin fut cependant à nouveau rendue patriotique car il servit de drogue désinhibitrice et anxiolytique sous le nom de « pinard » [23]. Après la Deuxième Guerre mondiale, la consommation d'alcool reprit avec son lot de complications médicales.

La notion « **d'alcoolisme maladie** » n'apparaît d'ailleurs qu'au **milieu du XX^e siècle** [51], sous l'impulsion initiale de l'américain **EM. Jellinek**. Il définit ainsi l'alcoolisme dans les années 1950 comme « **tout usage de boissons alcoolisées qui cause un dommage quelconque à l'individu** » [49].

Par la suite, l'alcoolisme deviendra **synonyme d'alcoolodépendance** et de nombreuses définitions en seront proposées.

1.3. Tentatives de définition de l'alcoolisme

Dès 1950, il était possible de mentionner une cinquantaine de définitions de l'alcoolisme.

Nous pouvons en citer différents types : les *définitions quantitatives*, les *définitions partielles* et enfin les *définitions globales* [37].

Les **définitions quantitatives**, comme leurs noms l'indiquent, fixaient une limite chiffrée à l'alcoolisation au-delà de laquelle pouvait se développer un alcoolisme. Ces définitions, arbitraires, sont actuellement abandonnées [37].

Les **définitions partielles** ont, quant à elles, mis l'accent sur l'une ou l'autre des expressions comportementales qui résultent de l'alcoolisme. Il s'agit, par exemple, de la définition précédemment citée de Jellinek (1950) ou encore de celle de Fouquet (1952) qui insiste sur la dimension toxicomaniaque de l'alcoolisme : « Il y a alcoolisme lorsqu'un individu a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir d'alcool » [37].

Enfin, certaines définitions ont tenté d'intégrer ces différentes dimensions. Ce sont les **définitions globales**. En 1990, the American Society of Addiction Medicine (RM. Morse) définit l'alcoolisme comme « une maladie primaire, chronique, dont des facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux en favorisent le développement et les manifestations. Cette maladie est souvent progressive et fatale. Elle se caractérise par une altération du contrôle des consommations d'alcool, une préoccupation par la “drogue alcool”, l'usage d'alcool en dépit de ses conséquences négatives, des distorsions de la pensée et en particulier le déni. Chacun de ces symptômes peut être permanent ou périodique. »

Définir l'alcoolisme s'est donc rapidement avéré être une tâche difficile du fait de son étiologie multifactorielle et de ses différentes modalités d'expression. Aussi, l'évolution s'est-elle rapidement faite vers des typologies cliniques, vers des **classifications de l'alcoolisme** [37]. Nous citerons quelques unes de ces classifications dans le chapitre suivant de notre travail.

1.4. Du syndrome de dépendance aux autres modalités d'alcoolisation nocives

Devant l'inexactitude de ce terme d'« alcoolisme », l'Organisation Mondiale de la Santé a finalement décidé, en 1979, de l'abandonner au profit de celui de « **Syndrome de Dépendance à l'alcool** » [115]. L'Association Américaine de Psychiatrie en fera de même. A cette époque, existait une dichotomie entre « l'alcoolisme », synonyme d'alcoolodépendance et le « boire comme tout le monde », synonyme de consommation modérée. Les « malades » et les « non-malades » étaient clairement différenciés.

Progressivement, un changement dans la conception des troubles liés à l'alcool s'est imposé. Des études épidémiologiques ont montré que beaucoup de conséquences psychologiques, sociales et somatiques liées à la consommation d'alcool apparaissaient bien avant le stade d'une alcoolodépendance [2]. La dichotomie alcoolisme/consommation modérée a été remplacée par un spectre de maladies différentes, avec une **conceptualisation dynamique** de cette maladie. Ce n'est donc que depuis peu que sont apparues les notions d'« **usage nocif d'alcool** » dans la CIM-10 et d'« **abus d'alcool** » dans le DSM-IV.

Ceci témoigne non seulement d'une évolution dans la conception de la maladie mais aussi d'une évolution des modes de consommation d'alcool.

Ainsi, bien que depuis le début des années 1960 la consommation moyenne d'alcool et ses complications aient diminuées [22], cette amélioration semble méconnue car en même temps surviennent des modifications des manières de boire qui deviennent spectaculaires et qui entraînent de nombreux problèmes sociaux. Il s'agit des dangers de l'ivresse et de ses conséquences (accidents, conduite en état d'ivresse, agressions...). Ceci touche plus particulièrement les jeunes et les adolescents. D'où le récent intérêt porté à la consommation d'alcool chez les adolescents.

1.5. Historique de la consommation d'alcool chez les adolescents

Nous savons que la consommation d'alcool chez les jeunes américains, et plus particulièrement chez les étudiants, est ancienne et semble remonter au XVIII^e siècle [29]. L'abus d'alcool ne devint cependant un problème majeur chez les jeunes de 13 à 19 ans, aux

Etats-Unis et en Angleterre, que depuis les années 1970-1975 [86], lorsque leur consommation augmenta considérablement.

En effet, jusque dans les années 1970, l'hyperconsommation d'alcool de l'adolescent ne faisait pas problème de santé publique. Comme le rappelle A. Birraux, « il était même d'usage qu'une ou deux ivresses témoignent de l'entrée du jeune dans la vie adulte, au décours du service militaire ou avant celui-ci » [9].

D'une consommation purement initiatique et événementielle, cette consommation devint ensuite, en France également, de plus en plus massive et fréquente. De nos jours, il semble en fait exister chez les adolescents une plus grande recherche de l'ivresse [22].

Progressivement donc, l'intérêt général s'est porté sur les adolescents et leur consommation d'alcool. Ceci d'autant plus que se développait un phénomène nouveau, le *Binge Drinking*. Ce terme anglo-saxon n'a pas de traduction littérale en français. Certains parlent de *Biture Express*, les jeunes de *Défonce*, leurs aînés de *Cuites*. D'une manière générale, il désigne un mode de consommation excessif de grandes quantités d'alcool. Nous tâcherons d'en préciser la définition ultérieurement.

Le Binge Drinking s'est beaucoup développé au cours des deux dernières décennies. Ce phénomène a tout d'abord été décrit aux Etats-Unis et au Royaume-Uni avant de s'étendre au reste de l'Europe. Initialement sous-estimé, les instances publiques américaines ont pris conscience de l'importance du problème durant les années 1990. Le Binge Drinking est d'ailleurs devenu le premier problème de santé publique concernant les étudiants de ce pays.

En France, ce phénomène a été médiatisé plus tardivement et ne suscite l'intérêt public que depuis quelques années seulement.

II. Définitions et classifications actuelles

La fréquence retrouvée d'un trouble, sa description épidémiologique et donc son appréciation en terme de santé publique dépend directement de la manière dont il est défini. Aussi, nous paraissait-il indispensable de préciser les définitions des termes qui seront employés par la suite et les concepts généraux qui se rapportent actuellement aux différents types de consommations d'alcool. Précisons que les définitions qui seront développées dans ce chapitre ne sont pas spécifiques à l'adolescent mais qu'elles se réfèrent à une population de sujets adultes.

Après avoir donné un bref aperçu des différentes classifications de l'alcoolisme qui existent, nous nous intéresserons plus précisément aux notions d'usage à risque et d'usage nocif d'alcool, modalités de consommation d'alcool qui semblent se rapprocher le plus de celles des adolescents. Cette consommation d'alcool, chez l'adolescent, est souvent responsable d'un état d'ivresse. Nous nous efforcerons, pour finir, de préciser les critères définissant ces intoxications alcooliques aiguës.

2.1. Classifications de l'alcoolisme

Depuis le milieu du XX^e siècle, un nombre important de classifications des conduites d'alcoolisation ont vu le jour.

Ces dernières peuvent être classées en deux groupes [37] :

- ✓ les **classifications bidimensionnelles** abordant l'alcoolisme à travers un modèle clinique et comportemental, telles celles utilisées dans la CIM-10 et le DSM-IV-TR,
- ✓ les **classifications typologiques** qui cherchent à aboutir à des groupes homogènes de patients alcooliques, en fonction de critères soit :
 - cliniques et comportementaux : telles les classifications de Jellinek (« alcoolisme alpha, bêta, gamma, delta et epsilon ») et de Fouquet (« alcoolites, alcooloses et somalcooloses »),
 - multiples : classification de Cloninger (« alcoolisme de type I et de type II »),
 - épidémiologico-cliniques (alcoolisme primaire et secondaire).

Nous nous intéresserons ici exclusivement aux classifications bidimensionnelles faisant référence internationalement. Dans ces classifications, le terme d'alcoolisme disparaît.

2.1.1. Classification des troubles liés à l'utilisation d'alcool par l'OMS [82]

Dans la CIM-10, l'OMS évoque *les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives*, parmi lesquelles figure l'alcool.

Ce groupe comprend de nombreux troubles variés de gravité et symptomatologie diverses :

- l'intoxication aiguë
- l'utilisation nocive pour la santé
- le syndrome de dépendance
- le syndrome de sevrage
- le syndrome de sevrage avec delirium
- le trouble psychotique survenant durant ou immédiatement après la consommation d'alcool
- le syndrome amnésique
- le trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive.

L'« alcoolisme » a fait place au **syndrome de dépendance** qui est ainsi défini :

« Ensemble des phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psycho-active (ici l'alcool), typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et, parfois, à un syndrome de sevrage. »

2.1.2. Classification des troubles liés à l'alcool selon le DSM-IV-TR [5]

Dans le DSM-IV-TR, les *troubles liés à l'alcool* sont ici classés en deux catégories :

- ceux liés à l'utilisation d'alcool : dépendance alcoolique et abus d'alcool
- ceux induits par l'alcool : intoxication alcoolique, sevrage alcoolique, delirium par intoxication alcoolique, delirium du sevrage alcoolique, démence persistante induite par l'alcool, trouble anamnestique persistant induit par l'alcool, trouble psychotique induit par l'alcool avec idées délirantes ou avec hallucinations...

Dans ces classifications apparaît donc progressivement l'idée que d'autres modalités d'alcoolisation nocives ne relevant pas de la dépendance existent : **l'utilisation nocive pour la santé** dans la CIM-10 et son équivalent dans le DSM-IV, **l'abus d'alcool**.

2.2. Les différentes conduites d'alcoolisation en-dehors de la dépendance

2.2.1. Selon la CIM-10 et le DSM-IV-TR

Dans la CIM-10 [82], **l'utilisation nocive pour la santé** est définie comme « un mode de consommation, ici d'alcool, qui est **préjudiciable à la santé** ». La définition détaillée est précisée dans l'encadré ci-dessous.

**Encadré 1 : Définition selon la CIM-10 de « l'utilisation nocive pour la santé » (F1x.1),
ici d'alcool**

Mode de consommation d'une substance psycho-active qui est **préjudiciable à la santé**. Les complications peuvent être physiques (...) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

Directives pour le diagnostic :

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques.

Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives (par exemple, une arrestation, la perte d'un emploi ou des difficultés conjugales), ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

De même, une intoxication aiguë (F1x.0) ou une « gueule de bois » ne sont pas en elles-mêmes « nocives pour la santé », selon la définition donnée ici.

Enfin, on ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance (F1x.2), un trouble psychotique (F1x.5) ou un autre trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psycho-actives.

Dans le DSM-IV [5], l'**abus** d'alcool est défini comme « un mode d'utilisation inadéquat d'alcool conduisant à une **altération du fonctionnement** ou à une **souffrance** cliniquement significative ».

Encadré 2 : Définition selon le DSM-IV-TR de « l'abus d'une substance », ici d'alcool

A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une **altération du fonctionnement** ou à une **souffrance cliniquement significative**, caractérisée par la présence **d'au moins une des manifestations suivantes** au cours d'une période de **12 mois** :

- 1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple : absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) ;
- 2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple : conduite de véhicules ou mise en fonctionnement de machines alors que l'on est sous l'influence d'une substance) ;
- 3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple : arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;
- 4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés par ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple : disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substances, les critères de la Dépendance à une substance.

Ces deux notions voisines, *abus* et *utilisation nocive pour la santé*, se rapportent donc à une même entité, celle d'une **consommation répétée induisant des dommages** sur l'individu. Selon R. Schwan [99], contrairement à l'alcoololo-dépendant qui a perdu le contrôle de sa consommation et en subit des conséquences déjà très graves, « l'abuseur, quant à lui, commence seulement à ressentir les premiers effets (...) de sa maladie. Il est à un stade où l'on éprouve rarement la nécessité spontanée de consulter, mais où il est pourtant plus simple d'agir ».

La lecture intégrale des définitions précédentes met cependant en évidence certaines différences. Ainsi, si dans le DSM-IV « les problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'alcool » ainsi que « les problèmes interpersonnels et sociaux causés ou exacerbés par l'alcool » sont considérés comme des manifestations possibles de l'abus d'alcool, il n'en est pas de même dans la CIM-10 pour laquelle « ils ne suffisent pas pour faire le diagnostic ». Nous assimilerons néanmoins ces deux concepts par la suite.

La Société Française d'Alcoologie, quant à elle, a voulu aller encore plus loin dans la distinction de ces « différentes formes de consommation en amont de l'évolution vers l'alcoolodépendance ».

2.2.2. Selon la Société Française d'Alcoologie [100, 101]

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a ainsi défini différentes « conduites d'alcoolisation », pouvant être classées en catégories sur un **continuum** allant de l'**usage** jusqu'au **mésusage** d'alcool.

L'**usage** pourrait être défini comme « toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils établis, et prise en-dehors de toute situation à risque ou d'un risque individuel ».

Les **seuils** précédemment cités et proposés par l'OMS sont les suivants :

- jamais plus de **4 verres par occasion** pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de **21 verres par semaine** pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres par jour en moyenne) ;
- pas plus de **14 verres par semaine** pour l'usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne).

Le terme « *verre* » désigne ici le « *verre standard* » ou « *unité internationale d'alcool* », qui correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur.

Le **mésusage** est « une catégorie générique rassemblant toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits ». Le mésusage englobe donc différentes notions : l'**usage à risque**, l'**usage nocif** et l'**usage avec dépendance**.

L'**usage à risque**, ou « hazardous drinking » en anglais, correspond à « toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils proposés par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme. L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS s'il existe une situation à risque et/ou un risque individuel particulier ». Cet usage définit les consommateurs « à risque ».

Encadré 3 : Définition de l'usage à risque selon la Société Française d'Alcoologie [101]

La consommation à risque est une consommation susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages (dépendance incluse). Il convient de se représenter le risque de 2 manières :

- tout d'abord un risque différé et cumulatif : la morbidité et la mortalité augmentent au-delà des seuils cités par l'OMS ;
- mais aussi un risque immédiat, puisque la consommation peut devenir nocive dans certaines circonstances :
 - ✓ en cas de situation à risque :
 - conduite de véhicule (auto, moto, scooter...), travail sur machine dangereuse ;
 - poste de sécurité, situation qui requiert vigilance et attention, etc. ;
 - ✓ en cas de risque individuel :
 - consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psychoactifs (psychotropes) qui peuvent potentialiser, souvent rapidement, les effets psychotropes de l'alcool ;
 - pathologies organiques et/ ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise d'un traitement médicamenteux ;
 - modification de la tolérance du consommateur en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médicaments associés, de l'état psychologique, etc. ;
 - situations physiologiques particulières : grossesse, états de fatigue (dette de sommeil, etc.).

L'**usage nocif**, ou « harmful use » en anglais, se caractérise par « l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool et l'absence de dépendance à l'alcool ». Il définit les consommateurs « à problèmes ».

Selon la SFA, un individu donné a « **la possibilité, au cours de sa vie, de rester dans une même catégorie de conduite ou de passer à une autre hiérarchiquement inférieure ou supérieure en termes de sévérité et de gravité** ». Le continuum entre ces différentes conduites d'alcoolisation n'implique donc pas qu'il y ait inéluctablement évolution vers la dépendance, comme le rappelle F. Paille [84].

2.3. L'ivresse alcoolique

Selon la SFA, l'ivresse « **est une conduite d'alcoolisation aiguë pouvant être associée à n'importe laquelle des catégories d'usage ou de mésusage** » [100].

En tant qu'intoxication alcoolique aiguë (IAA), elle requiert une intervention spécifique pouvant nécessiter une médicalisation, voire une prise en charge en Service d'Urgences. Pour la SFA, « après dégrisement et le cas échéant soins, il convient d'établir systématiquement le diagnostic de catégorie de l'usage qui est associé à cette ivresse et engager l'intervention recommandée ».

L'ANAES (actuelle HAS) va encore plus loin : pour elle, **une IAA conduisant à une prise en charge en service d'Urgences « traduit forcément un usage nocif ou une alcoolodépendance »** et non plus seulement un usage à risque puisque ces patients ont alors franchi le seuil clinique [3, 92].

2.4. L'intoxication alcoolique aiguë

Précédemment dénommées « *ivresses éthyliques aiguës* », les *Intoxications Alcooliques Aiguës* (IAA) ou *Intoxications Ethyliques Aiguës* (IEA) ont fait l'objet en France de plusieurs conférences de consensus en Médecine d'Urgence en 1992 [102] puis en 2001 [103] et de Recommandations pour la Pratique Clinique par l'ANAES en 2001 [3]. Rappelons que l'IAA est également définie dans les classifications internationales, CIM-10 et DSM-IV-TR.

2.4.1. Définitions selon la CIM-10 et le DSM-IV-TR

Dans la première de ces classifications [82], elle fait partie « des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives », ici de l'alcool (F10). L'intoxication aiguë (F1x.0) y est définie comme indiqué dans l'encadré 4. Rappelons que, selon cette classification, « une intoxication aiguë ou une “ gueule de bois ” ne sont pas en elles-mêmes “ nocives pour la santé ” ».

Encadré 4 : L'intoxication aiguë selon la CIM-10 (F1x.0)

Etat consécutif à la prise d'une substance psycho-active et entraînant des perturbations de la conscience, des facultés cognitives, de la perception, de l'affect ou du comportement, ou d'autres fonctions et réponses psychophysiologiques.

Les perturbations sont directement liées aux effets pharmacologiques aigus de la substance consommée, et disparaissent avec le temps, avec guérison complète, sauf dans les cas ayant entraînés des lésions organiques ou d'autres complications. (...)

Dans le DSM-IV-TR [5], l'Intoxication Alcoolique fait partie des troubles induits par l'alcool. Sa définition est précisée dans l'encadré 5. Ces deux classifications ne considèrent donc les IAA que comme un état consécutif à la prise d'alcool.

Encadré 5 : L'intoxication alcoolique selon le DSM-IV-TR

- A. Ingestion récente d'alcool
- B. Changements inadaptés, comportementaux ou psychologiques, cliniquement significatifs, (par exemple : comportement sexuel ou agressif inapproprié, labilité de l'humeur, altération du jugement, altération du fonctionnement social, ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après l'ingestion d'alcool.
- C. Au moins un des signes suivants, se développant pendant ou peu après la consommation d'alcool : discours bredouillant, incoordination motrice, démarche ébrieuse, nystagmus, altération de l'attention ou de la mémoire, stupeur ou coma.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

2.4.2. Diagnostic selon la Société Francophone d'Urgences Médicales

L'ANAES, quant à elle, dans ses recommandations pour la pratique clinique [3] conseille de ne pas banaliser les IEA (terme alors employé préférentiellement à IAA) et d'évaluer la situation alcoolique afin de proposer la prise en charge la plus adaptée possible. La première étape de cette évaluation consiste à diagnostiquer l'IEA. Pour ce diagnostic, l'ANAES se base sur les recommandations de la conférence de consensus organisée par la Société Francophone d'Urgences Médicales en 1992, actualisées en 2001.

Le plus souvent, ce diagnostic est facile. Il est le résultat d'un faisceau d'arguments anamnestiques et cliniques que nous citerons brièvement.

2.4.2.1. Critères cliniques [102, 103]

Trois formes cliniques de l'IEA ont été distinguées par la conférence de consensus en Médecine d'Urgence d'avril 1992 :

- ✓ *l'IEA isolée, non compliquée*, la plus fréquente (75 %), caractérisée par une logorrhée, une incoordination motrice, une injection conjonctivale et une haleine caractéristique ;
- ✓ *l'IEA avec agitation psychomotrice* (18 %) ;
- ✓ *l'IEA avec troubles de la vigilance* pouvant aller jusqu'au coma (7 %).

Par la suite, D. Adès et M. Lejoyeux [1] ont proposé une classification clinique un peu différente. Ils différencient :

- ✓ *l'ivresse simple* avec 3 phases :
 - *la phase d'excitation psychomotrice* avec désinhibition et euphorie, atteinte précoce des fonctions cognitives (perception, mémoire et vigilance) ;
 - *la phase d'incoordination* avec troubles de la vigilance, syndrome cérébelleux, troubles de la vision, syndrome vestibulaire, troubles vasomoteurs ;
 - *la phase avec coma profond* sans signe de localisation neurologique, bradycardie et hypotension parfois associées ;
- ✓ *l'ivresse pathologique* dont l'ivresse excito-motrice, hallucinatoire, délirante, et avec troubles de l'humeur.

Enfin, A. Ellrodt [28] a proposé en 2001 une classification simplifiée en deux groupes :

- ✓ **IEA non compliquée** : ingestion d'alcool excessive survenant dans un contexte clinique global évocateur et absence d'anomalie des paramètres vitaux, de signes neurologiques focalisés, de lésions traumatiques et régression des manifestations cliniques en 3 à 6 heures
- ✓ **IEA compliquée** si elle est associée à au moins un des tableaux suivants : inhalation bronchique, épisode convulsif, traumatisme crânien, polytraumatisme, intoxication associée, infection, hypothermie, trouble du rythme, hypoglycémie, ivresse agitée, ivresse comateuse.

Nous retiendrons ces derniers critères cliniques dans notre étude, classification qui nous a paru la plus pragmatique possible.

Précisons que chez l'adolescent, les manifestations cliniques de l'ivresse aiguë sont comparables à celles de l'adulte. Deux risques méritent cependant d'être soulignés : **l'apparition du coma est plus rapide et plus brutale et l'hypoglycémie réactionnelle est plus importante [86].**

2.4.2.2. Critères toxicologiques [102, 103]

Il existe deux méthodes directes susceptibles de quantifier l'imprégnation éthylique : l'*éthanolémie* (mesure de l'éthanol sanguin) et l'*éthylométrie* (mesure de l'éthanol expiré).

La détermination de l'éthanolémie peut être effectuée par méthode enzymatique ou par chromatographie en phase gazeuse (méthode de référence mais plus coûteuse).

2.4.2.3. Critères de gravité [102, 103]

Les IEA graves peuvent s'intégrer dans quatre tableaux :

- gravité secondaire à l'intoxication : coma, manifestations excito-motrices, délires, hallucinations ;
- gravité liée aux complications : inhalation, crise convulsive, AVC, hypothermie, troubles du rythme supra-ventriculaire, hypoglycémie, acidocétose, gastrite, Malory-Weiss, hépatite alcoolique aiguë, rhabdomyolyse ;
- les IEA associées à : un traumatisme crânien, un polytraumatisme ou un autre traumatisme, une autre intoxication, une infection, ou toute autre pathologie ;
- les IEA de l'enfant : coma, hypoglycémie, acidose métabolique.

L'intoxication alcoolique aiguë est particulièrement redoutable chez l'enfant, non seulement en raison de l'importante hypoglycémie qu'elle entraîne, mais surtout de la vulnérabilité de l'encéphale chez un enfant en plein développement [86]. Il semblerait que chez l'enfant, comme chez l'adolescent, la toxicité de l'alcool apparaisse pour des taux d'alcoolémie inférieurs à ceux de l'adulte [57].

Les IAA peuvent ainsi avoir des conséquences dramatiques chez ces adolescents en quête d'ivresse, à une période de la vie où la transgression des règles est activement recherchée.

Qu'en est-il justement de la consommation d'alcool chez ces adolescents ?

Les définitions des différentes conduites d'alcoolisation que nous avons citées jusqu'alors ont été établies pour une population de sujets adultes. Mais existe-t-il une classification propre à l'adolescence ? Comment se manifestent cliniquement ces alcoolisations ? Quelle place occupent les conduites d'ivresse et d'excès parmi conduites de consommation d'alcool à l'adolescence ? C'est ce que nous allons aborder dans le chapitre suivant.

III. Conduites d'alcoolisation de l'adolescent

L'alcool à l'adolescence est le plus souvent expérimenté et consommé de manière occasionnelle. Peu d'adolescents sont dépendants à l'alcool [90].

La charge culturelle du « buveur » est particulièrement forte à l'adolescence notamment pour les garçons, où il s'agit pour le sujet jeune de tester ses propres capacités d'ingestion sous le regard des pairs [71]. Aussi, le type d'usage, compte tenu de l'importance du contexte social, s'orientera préférentiellement vers une consommation excessive, plutôt que vers une appétence régulière et importante.

Ces alcoolisations par excès intermittents qui aboutissent fréquemment à des états d'intoxication alcoolique aiguë, sont-elles prises en compte par les classifications actuelles ? Existe-il des définitions ou classifications propres à l'adolescence ?

3.1. Classifications des conduites d'alcoolisation chez l'adolescent

3.1.1. Classifications quantitatives et classifications basées sur le modèle adulte

Actuellement, les systèmes de classification utilisés chez l'enfant et l'adolescent se basent soit sur la consommation individuelle d'alcool soit sur le modèle adulte. A notre connaissance, en ce qui concerne l'alcoolisme chez l'adolescent, aucun travail de définition n'a été validé à ce jour.

Deux types de recherche se distinguent ainsi [7] :

- celles portant sur la **consommation d'alcool** (quantité, fréquence, type de boissons consommées, mode de consommation) avec établissement d'une **classification quantitative** (consommation faible ou nulle, occasionnelle, régulière, excessive ou abusive);
- celles, beaucoup plus rares, portant sur les **troubles liés à l'utilisation de l'alcool** proprement dits faisant référence aux systèmes de classification utilisés chez l'adulte (DSM-IV-TR notamment).

Il ne faut donc pas confondre ces 2 niveaux d'étude [81] :

- d'une part, **l'approche épidémiologique** qui étudie de larges cohortes d'individus et qui permet une approche descriptive, comme par exemple les enquêtes ESCAPAD, ESPAD et autres dont nous reparlerons ultérieurement ;
- d'autre part, **les recherches étiopathogéniques** notamment psychopathologiques qui s'intéressent au fonctionnement mental dans une perspective dynamique et qui privilégient la manière dont les symptômes s'articulent.

Ces deux types d'approches présentent des limites comme le souligne D. Bailly [7].

Concernant la première d'entre elles, plusieurs écueils sont à noter. Les différentes catégories de consommation y sont définies par chacun des auteurs de ce type d'études ; ce qui rend difficile les comparaisons. En outre, ces classifications laissent en suspens la question du repérage des conduites d'alcoolisation pathologiques.

Quant aux systèmes de classification basés sur le modèle adulte, ils ne permettent donc que le repérage des cas où les troubles liés à l'utilisation de l'alcool sont comparables à ceux observés chez l'adulte.

Mais ces critères diagnostiques retenus pour l'adulte sont-ils vraiment transposables chez l'adolescent ? Prennent-ils en compte les spécificités cliniques de cette tranche d'âge ?

3.1.2. Les critères diagnostiques retenus pour l'adulte sont-ils transposables chez l'adolescent ?

3.1.2.1. De la difficulté à définir des troubles avérés chez un sujet en pleine maturation

Dans le DSM-IV-TR et la CIM-10, les critères diagnostiques retenus pour l'adulte peuvent paraître inadaptés à l'adolescent. En effet, **l'aspect évolutif propre à cet âge de la vie** rend parfois caduque l'approche symptomatique retenue par ces classifications internationales, comme le soulignent S. Nezelof et ses collaborateurs [81]. Chez l'adolescent, les conduites d'alcoolisation, comme en général les attitudes et les comportements observés, apparaissent extrêmement **fluctuantes et mobiles**.

Le symptôme est-il témoin d'une pathologie ou l'expression du développement ? Comment apprécier si un trouble reste encore dans les normes acceptables ou est déjà en cours d'organisation pathologique ? Faut-il reconnaître une fonction développementale à certaines manifestations apparemment pathologiques ?

Prenons l'exemple des conduites d'alcoolisation massives et intermittentes, entrecoupées d'intervalles libres, fréquemment rencontrées chez l'adolescent. A partir de quel moment doit-on considérer que ces conduites témoignent d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool ?

3.1.2.2. Du risque de diagnostic tardif

Selon D. Bailly [7], les critères retenus pour les troubles liés l'utilisation de l'alcool (abus et dépendance) ne permettent qu'un diagnostic tardif.

Nous savons, par exemple, que de nombreuses années sont nécessaires pour que s'installent des phénomènes de tolérance et de dépendance physique à l'alcool. Ainsi, **la dépendance physique à l'alcool est un phénomène très rarement observé chez l'enfant et l'adolescent.**

Par ailleurs, les notions « d'abus d'alcool » au sens du DSM-IV-TR, ou « d'utilisation nocive pour la santé » selon la CIM-10, renvoient aux notions d'altération du fonctionnement et à celles de conséquences observables sur le plan physique, psychique, et social. Or, pour reprendre l'exemple précité des conduites d'alcoolisations massives, ces dernières ne conduisent pas forcément à de telles conséquences. Ne faut-il pas pour autant s'en inquiéter ?

Le DSM-IV-TR et la CIM-10 peuvent ainsi conduire à un diagnostic trop restrictif et tardif, ces classifications ne cotant que les formes avérées déjà installées et souvent graves. **Les formes subsyndromiques ne sont donc pas prises en compte.** Or ce sont ces formes qu'il est important de considérer pour connaître leur devenir.

Ces classifications internationales restent cependant indispensables pour une recherche organisée, aux résultats reproductibles. Nous en soulignons seulement ici les limites, notamment durant cette période particulière de l'adolescence.

3.1.2.3. De la difficulté à établir des seuils

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, que l'OMS, par exemple, avait défini des seuils permettant de distinguer, chez l'adulte, l'usage du mésusage d'alcool. Or, comme le rappelle D. Bailly [7], « toutes les études épidémiologiques montrent que les modalités de la consommation d'alcool chez l'enfant et l'adolescent varient considérablement d'un sujet à

l'autre (...) et chez un même sujet au cours de son enfance et de son adolescence ». Quels seuils retenir alors chez les adolescents ?

3.1.2.4. De l'intérêt de la notion d'usage à risque

La Société Française d'alcoologie a souligné dernièrement la pertinence de la notion d'usage à risque. Cette notion a l'avantage de se situer **en amont de l'usage nocif** puisque « non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme ». Ainsi, sont ici concernés des sujets qui, sans être déjà inscrits dans une consommation abusive ou dépendante, **présentent cependant des caractéristiques, traits de comportement ou des circonstances de consommation qui contiennent déjà un risque pour le consommateur, risque immédiat ou potentiel** (cf. encadré n° 3, p41).

Par ailleurs cette définition précise que cet usage « inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS s'il existe une situation à risque et/ou un risque individuel particulier ». Cette notion prend donc également **en considération les caractéristiques du consommateur** (enfant et adolescent par exemple).

Enfin, **la manière de consommer** y est également prise en compte puisqu'une « consommation rapide » (recherche d'ivresse, de « défonce ») y est également considérée comme à risque (cf. encadré n°3). Or les conduites d'alcoolisation aiguë, les intoxications alcooliques aiguës sont, comme nous le verrons, l'aboutissement fréquent des modes de consommation d'alcool à l'adolescence.

Cette notion d'usage à risque, qui nous paraît prendre tout son sens au moment de l'adolescence, ne figure néanmoins pas dans les classifications internationales actuelles...

Ce paragraphe nous a donc conduit à préciser les limites induites par les définitions et classifications actuelles durant l'adolescence, période de « passage », période où les conduites d'alcoolisation peuvent être fluctuantes et mobiles. Comme le précisent Nezelof et ses collaborateurs [81], il convient donc de rester vigilant quant au risque de « confusion entre une entité classificatoire toujours susceptible de révision et de démembrement, et des entités pathologiques dont on peut décrire une histoire naturelle, une configuration familiale, des facteurs de risque, mais sans doute pour l'instant plus à un niveau individuel

qu'épidémiologique ». Aussi, proposons-nous maintenant une approche volontairement plus clinique des conduites d'alcoolisation à l'adolescence.

3.2. Les différents modes de consommation d'alcool à l'adolescence

En 1980, A. Feline et J. Adès ont envisagé 3 types de situations susceptibles de rendre compte des formes d'alcoolisation des jeunes : l'alcoolisation comme mode d'intégration au monde de l'adulte, l'alcoolisation comme automédication et enfin l'alcoolisation comme conduite toxicomaniacale, « certaines étant susceptibles d'entretenir une alcoolodépendance, d'autres l'étant sans doute moins » [32].

Par la suite, Marcelli et Braconnier (1995) ont distingué, de manière plus générale, différents types de consommation de produits à l'adolescence (parmi lesquels l'alcool) [67] : la **consommation conviviale et récréative**, la **consommation auto-thérapeutique** et la **consommation toxicomaniacale**.

3.2.1. La consommation conviviale et récréative

Ce type de consommation concernerait **la plus grande majorité** des adolescents. Ce mode de **consommation festive** est fréquent parmi les étudiants. Cette consommation se fait en **petit groupe de copains, jamais seul**, le plus souvent le **week-end**, pendant les vacances ou les fêtes [67].

Dans cette consommation, « c'est **l'effet euphorisant du produit** qui est recherché » [67]. Il s'agit d'une consommation à **visée récréative**. Selon G. Michel [71], certains adolescents évoquent également l'envie de se conformer au groupe lors des fêtes ou des sorties.

Les adolescents concernés par ce type de consommation gardent une vie sociale, maintiennent leur cursus scolaire et conservent leurs investissements sportifs et culturels. Toutefois, le fléchissement scolaire est possible [14]. De même, l'habitude de boire peut s'installer par pression du groupe et peut conduire à une consommation abusive voire à une dépendance [26].

Dans ce type de consommation, il n'est pas particulièrement retrouvé de facteurs de risque.

3.2.2. La consommation auto-thérapeutique

Ici, c'est l'effet **anxiolytique ou antidépresseur [71] voire excitant de l'alcool [67]** qui est recherché. Cette consommation est souvent **solitaire, plus régulière, souvent cachée**, en particulier le soir dans la chambre [67]. Elle serait **plus fréquente chez la jeune fille [26]**. Toutefois, cette consommation solitaire peut alterner avec des moments de consommation en groupe.

Ces adolescents présentent fréquemment les premiers signes d'un **décrochage scolaire** voire d'un **échec scolaire**. Parfois existe également un désintérêt pour les activités habituelles (sportives et culturelles). Enfin, leur **vie sociale est plutôt pauvre** avec un isolement relatif. Parfois, ces conduites alcooliques évoquent de **réels équivalents suicidaires**.

Certains « facteurs de risque » seraient, selon Marcelli et Braconnier [67], plus fréquemment retrouvés dans ce type de consommation d'alcool à l'adolescence. Il s'agit notamment de facteurs individuels actuels ou anciens. Ces auteurs citent, entre autres : les troubles du sommeil (difficultés importantes d'endormissement, cauchemars...), les troubles anxieux et/ou dépressifs et les troubles de la personnalité. Ainsi, selon ces auteurs, « chez les psychopathes, l'alcoolisme prend volontiers une forme impulsive et s'inscrit dans une série de comportements caractéristiques ; chez certains jeunes schizophrènes, l'absorption sporadique d'alcool survient dans des moments d'angoisse que le sujet cherche à atténuer ».

Le **développement d'une dépendance** est à craindre dans ce type de consommation d'alcool [71].

3.2.3. La consommation toxicomaniaque

Ici, c'est donc l'effet « **anesthésie/défonce** » qui est recherché. La consommation peut être à la fois **solitaire ou en groupe, régulière voire quasi quotidienne**.

L'**exclusion** de la scolarité, des circuits sociaux est fréquente avec des **comportements de rupture**. L'adolescent n'a de relations qu'avec les autres jeunes en situation marginale et/ou de rupture.

Il serait fréquent et même habituel de retrouver des facteurs de risque familiaux [67] tels la mésentente parentale chronique, une atmosphère étouffante et hyper-rigide, des difficultés socio-économiques majeures, un laxisme et une indifférence des parents.

Des facteurs de risque individuels sont également retrouvés mais ceux-ci sont souvent masqués par la massivité de la consommation toxicomaniaque.

Ce type de consommation d'alcool s'accompagne souvent de la **prise concomitante de drogues illicites ou de médicaments psychotropes** dont l'alcool amplifie les effets [67]. Par ailleurs, l'alcool peut représenter, pour un certain nombre de toxicomanes avérés, « un produit de substitution dans une étape de désintoxication sur le chemin de la “guérison” » [67] ou encore servir de « produit de relais » en cas de rupture d'approvisionnement de drogue.

Qu'il s'agisse d'une consommation toxicomaniaque, auto-thérapeutique ou simplement conviviale et récréative, les effets recherchés vont donc de la détente à l'ivresse. La recherche délibérée de l'ivresse, de la « défonce », de la rapidité et de l'intensité des effets par des alcools fortement titrés est caractéristique chez l'adolescent. Nous verrons que cela correspond plus ou moins à ce phénomène nouveau dans nos sociétés : le *Binge Drinking*.

3.3. Une consommation d'alcool qui varie en fonction du temps

Une autre manière de décrire les conduites d'alcoolisation des adolescents consiste à s'attacher aux variations de cette consommation en fonction des variables de temps.

3.3.1. Variation de la consommation en fonction de l'âge

Comme dans le passé, c'est le plus souvent en famille que le jeune adolescent, voire l'enfant, découvre les boissons alcoolisées à l'occasion de fêtes, de repas conviviaux ou de vacances [21]. L'enfant se voit offrir ce « boire », il est autorisé par les parents.

Le « vrai verre » survient généralement plus tard, avec les amis au collège [21]. Ce verre, contrairement au précédent, est caché aux parents. C'est le temps des premières ivresses, des consommations épisodiques mais excessives d'alcool [67]. Leurs conduites ne les excluent pas du groupe des pairs, bien au contraire cela leur permet de « structurer leur

réseau social et de se donner des références identitaires » [21]. Cela correspond au mode de consommation conviviale et récréative décrit précédemment. Néanmoins, le fléchissement scolaire est déjà possible et les prémices d'une dépendance peuvent déjà être présents [67].

Avec les années lycées, l'adolescent acquiert de nouvelles libertés [21]. La consommation se fait alors les week-ends, lors de soirées en discothèques et autres boîtes de nuits. Le risque est alors celui d'un « hyper-investissement de toute une série de comportements marqués par leur caractère répétitif et apparemment sans retenue possible », amenant progressivement ces adolescents à ne plus rencontrer que des jeunes dans la même situation. La dépendance peut donc déjà être manifeste.

Après 18 ans, c'est le temps du « boire pour boire », de la consommation sans limite qui peut aboutir à une marginalisation où le « poids de la dépendance psychique » à l'égard de l'alcool peut devenir « massive et quotidienne ».

Bien évidemment, ces trajectoires ne reflètent qu'une tendance générale. En pratique, différentes combinaisons et variations sont possibles.

3.3.2. Variation de la consommation en fonction du moment de la journée

Selon P.G. Coslin, les premières « vraies » initiations à l'alcool, en compagnie d'autres jeunes, seraient **nocturnes**, « la nuit légitimant les pratiques extrêmes et excessives » alors que le jour serait « plutôt caractérisé par la nécessité d'une maîtrise de soi » [21]. Aussi, ces soirées nocturnes considérées par les jeunes comme « un espace social privilégié où peuvent s'exprimer les émotions », consacrées à la fête et à la détente, sont associées à l'alcool et à l'ivresse.

La consommation nocturne s'inscrirait donc dans la normalité du boire. Celui qui consomme dans la journée, serait, au contraire, vite marginalisé [26]. Les consommations diurnes sont, certes, également citées, mais il s'agit alors plus de consommations exceptionnelles, événementielles ou collectives.

3.4. Une poly-consommation ?

A l'adolescence, contrairement à l'âge adulte, les consommations d'alcool seraient rarement isolées mais plus souvent associées à la consommation d'autres produits [26, 71]. La consommation régulière de plusieurs produits concernerait jusqu'à 27% des 15-18 ans [67]. Les cumuls les plus fréquents seraient, par ordre décroissant, tabac-alcool, tabac-haschich, tabac-alcool-haschich [67].

3.5. Ivresses et conduites d'excès à l'adolescence

Actuellement, les modalités de consommation semblent être plus « explosives » que pour les générations précédentes. La recherche d'ivresse semble être en augmentation ces dernières années comme nous l'illustrerons ultérieurement dans notre chapitre consacré à l'épidémiologie. Ces modalités de consommation excessive d'alcool à l'adolescence comportent de nombreux risques.

3.5.1. Risques immédiats liés aux ivresses à l'adolescence

L'alcool, par ses vertus désinhibitrices, est une des substances les plus dangereuses chez l'adolescent, plus particulièrement dans les cas d'ivresses [71]. Il n'est ainsi pas rare que les états d'ivresse chez les adolescents soient la conséquence d'une mauvaise évaluation des effets de l'alcool du fait de leur inexpérience.

Nous ne reviendrons pas sur les nombreuses conséquences cliniques des IAA à l'adolescence déjà mentionnées auparavant. Rappelons seulement que chez l'adolescent, l'apparition du coma est plus rapide et plus brutale et que l'hypoglycémie réactionnelle est plus importante que chez l'adulte [86].

Dans ce type d'alcoolisation, l'usage excessif de boissons alcoolisées peut être doublement délétère du fait de ses conséquences aiguës [71]. En effet, le sentiment d'omnipotence avec perte de contrôle caractérisant l'état d'ivresse, peut être à l'origine de bien des débordements et de multiples infractions : accidents de la route par conduite en état d'ivresse (parfois sans permis), passage à l'acte délictuel, prise de risque sexuel (rapports non protégés), tentative de suicide (rôle désinhibiteur de l'alcool).

Toutes ces raisons font des **IAA à l'adolescence un phénomène potentiellement dangereux** pouvant s'intégrer dans des comportements de conduites à risques.

3.5.2. Ivresses aiguës et conduites à risques

Les conduites à risque sont très diversifiées. Elles s'étendent de la consommation de substances psychoactives aux rapports sexuels non protégés, aux fugues, à la conduite de véhicules motorisés, aux jeux dangereux, à certaines pratiques sportives et aux tentatives de suicide. Elles débutent et s'installent préférentiellement à l'adolescence [71]. Au-delà de leur singularité, « il semble que l'attrait du danger soit revendiqué par ces jeunes » [74].

C'est ainsi que Michel et al. définissent la prise de risque comme « la participation active de l'individu dans un comportement pouvant être dangereux » [74]. L'aspect motivationnel est ici important.

Les IAA constituent donc des conduites à risque, non seulement du fait des risques immédiatement engendrés, mais également du danger potentiel induit par la répétition de telles consommations (alcoolodépendance).

3.5.3. Ivresses aiguës et équivalents suicidaires

Selon D. Bailly [7], l'association abus d'alcool/gestes suicidaires n'est pas rare chez l'adolescent et semble même en augmentation. Certains auteurs ont ainsi parlé d'« équivalents suicidaires » à propos des ivresses aiguës ou de « suicide chronique » pour les conduites d'alcoolisation excessive et prolongée.

Pour Marcelli et Braconnier [67], le terme « équivalent suicidaire » se rapporte à certains « comportements au cours desquels le désir conscient d'attenter à sa vie n'a pas été exprimé, mais où la structure psychopathologique de l'adolescent de même que son environnement (...) présentent de grandes similitudes avec ce qu'on observe chez les adolescents suicidants ». Il s'agirait, en fait, de certaines conduites dangereuses répétitives mettant en alerte sur la possibilité de passage à une réelle tentative de suicide.

Ainsi, les IAA à l'adolescence sont potentiellement dangereuses non seulement par le biais de leurs conséquences somatiques ou comportementales, mais aussi par la signification inconsciente que de telles conduites peuvent sous-tendre.

Chez les adolescents, ces ivresses sont souvent la conséquence d'une consommation d'alcool maximale en un minimum de temps. Il s'agit d'un nouveau mode de consommation d'alcool : le *Binge Drinking*. Précisons que le Binge Drinking est également retrouvé dans la population adulte mais semble toutefois plus caractéristique chez les jeunes et les adolescents.

3.6. Le phénomène du *Binge Drinking* : une entité qui reste à préciser

Du verbe anglo-saxon « *to binge* » signifiant « faire des excès », le terme de *Binge Drinking* n'est pas sans évoquer la notion de « *Binge Eating* » ou « Hyperphagie boulimique ». Contrairement à cette dernière entité reconnue dans les classifications internationales (codée F50.4 dans la CIM-10 [82]), le Binge drinking n'y est pas évoqué.

Ce terme a été utilisé pour la première fois par Wechsler et ses collègues en 1992 lors d'une étude réalisée sur l'usage d'alcool chez des étudiants du Massachusetts [108]. De nombreuses définitions du Binge Drinking ont ensuite été proposées, certaines se basant sur la quantité consommée, d'autres sur les effets de l'alcool, l'intentionnalité attendue.

Ainsi, en février 2004 aux Etats-Unis, le National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) a défini le binge drinking comme « un mode de consommation d'alcool qui induit un **taux d'alcoolémie supérieur ou égal à 0,08 grammes d'alcool pour 100 ml** de sang. Pour un adulte standard, ceci correspond à une consommation de **5 verres ou plus chez l'homme** (ou 4 verres ou plus chez la femme), **en environ 2 heures**. Le binge drinking est, de toute évidence, dangereux pour le buveur et pour la société » [78]. Le NIAAA précise également que pour certaines personnes, telles les personnes âgées, les usagers d'autres toxiques ou de médicaments, le nombre de verres nécessaire pour atteindre le taux d'alcoolémie limite du binge drinking est inférieur à celui de l'« adulte standard ».

En Angleterre, le Binge drinking serait la conséquence d'une consommation de 8 unités d'alcool ou plus en une seule occasion pour les hommes et 6 unités d'alcool en une seule occasion pour les femmes selon la Health Development Agency [39]. Une unité d'alcool correspondrait ici à 8g d'alcool.

Une autre définition se base sur les seuils établis par l'OMS et cités précédemment. Ceux-ci, pour rappel, recommandent qu'un homme ne boive pas plus de 21 unités d'alcool par semaine et une femme pas plus de 14 unités. Une « unité d'alcool » ou « verre » vaut ici 10g d'alcool pur. Ainsi, le binge drinking correspondrait une **consommation d'alcool équivalente à au moins la moitié de cette consommation hebdomadaire en une seule et unique occasion** (soit 7 unités d'alcool pour les femmes et 10 pour les hommes).

En France, la définition qui semble la plus communément acceptée correspond à la **consommation de 5 verres ou plus d'alcool pour les hommes et 4 verres ou plus pour les femmes en une seule occasion** [48].

Enfin, pour certains, comme R. Nordmann de l'Académie Nationale de Médecine et P. Batel, médecin alcoologue à l'hôpital Beaujon, l'intentionnalité est une notion importante du binge drinking [48] : les « **Binge Drinkers** » **boivent avec l'intention de devenir ivre**.

Ainsi, comme nous venons de l'illustrer, **il n'existerait pas d'harmonisation de la terminologie concernant le Binge Drinking** : consommation intensive d'alcool, ivresse, boire 4, 5, 6 verres ou plus, en une seule occasion, en deux heures....

Il semble s'agir d'un comportement avant tout, qui n'aurait pas forcément de signification pathologique. Soulignons cependant qu'une des caractéristiques du Binge Drinking communément retrouvée en est sa **potentielle gravité** du fait de nombreuses conséquences médicales possibles liées à **l'intoxication alcoolique aiguë induite** : les traumatismes, les conséquences sociales (violence...), les troubles respiratoires, le coma éthylique, le décès dans certains cas exceptionnels... Dans cette perspective, le Binge Drinking ferait au minimum partie des usages à risque selon la classification proposée par la Société Française d'Alcoologie.

Cette diversité des définitions rend néanmoins complexe la synthèse des données et l'analyse épidémiologique du phénomène.

Qu'en est-il justement en terme d'épidémiologie des ivresses alcooliques aiguës et du Binge Drinking ?

IV. Ivresses aiguës et Binge Drinking à l'adolescence : état des lieux en France et en Europe

Dans ce chapitre, nous réaliserons une synthèse des données épidémiologiques à notre disposition concernant les ivresses aiguës et le phénomène du Binge Drinking chez l'adolescent.

Pour ce faire, nous appuierons notre travail essentiellement sur des études réalisées sur de larges cohortes d'adolescents parmi lesquelles les enquêtes ESCAPAD, ESPAD et HBSC, les enquêtes de l'IREB (Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons), le Baromètre Santé Jeunes... Il s'agit donc d'une approche épidémiologique descriptive. Précisons que ces enquêtes ne concernent pas toutes les mêmes populations, que la méthodologie tout comme les questions posées et les définitions de certains concepts diffèrent d'une enquête à l'autre.

Ainsi, l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel à la Défense), l'enquête de l'IREB (« Les 13-20 ans et l'alcool en 2001») et le Baromètre Santé Jeunes sont limités à la France. ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) et HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) sont des enquêtes internationales.

Par ailleurs, chacune des études précitées a donné une définition ou plutôt une description de l'ivresse afin que les interrogés puissent répondre au questionnaire. Dans l'étude de l'IREB par exemple, l'ivresse a été présentée comme « un état d'excitation psychique et d'incoordination motrice dû à l'absorption massive d'alcool : la personne ivre peut difficilement se contrôler dans ses gestes et ses paroles ».

Cependant, la perception de l'ivresse reste une donnée subjective. De plus, la mémoire n'est pas parfaite pour préciser les quantités exactes absorbées. Nous concevons donc aisément une des limites de ces études.

Le tableau ci-dessous résume quelques unes des caractéristiques des ces différentes enquêtes, toutes transversales.

	ESCAPAD 2005	Les 13- 20 ans et l'alcool en 2001	Baromètre Santé Jeunes 2000	ESPAD 1999	HBSC 2002
<i>Périodicité</i>	Annuelle (de 2000 à 2005)	Tous les 5 ans	Variable (1992, 1993, 1995, 1997, 1999)	Tous les 4 ans (1993, 1999, 2003 et 2007 en France)	Tous les 4 ans (depuis 1993 en France)
<i>Lieux</i>	France métropolitaine et DOM- TOM	France	France	30 pays européens	Etude inter- -nationale (Europe et Amérique du Nord)
<i>Méthode</i>	Auto- -questionnaire lors de la journée d'appel de préparation à la défense	Question- -naire en face-à- face, au domicile de l'interviewé	Question- -naire par téléphone	Auto- -questionnaire en milieu scolaire	Autoques- -tionnaire en milieu scolaire
<i>Nombre</i>	30 000	1 028	13 685	12 113 en France	8 185 en France
<i>Age</i>	17 ans	13 à 20 ans	12 à 75 ans	14 à 18 ans	11, 13 et 15 ans
<i>Organisa- -teurs</i>	OFDT en collaboration avec : la Direction centrale du service national, INPES...	IREB (Marie Choquet et al.)	INPES en partenariat avec : la Cnamts, le ministère de la santé, le HCSP, l'OFDT et le Mildt.	Réalisation confiée en France à l'INSERM et à l'OFDT	OMS, Réalisation en France confiée au Ministère de l'Education nationale

Tableau 1 : Exemples d'enquêtes prenant en compte la consommation d'alcool chez les adolescents.

4.1. Etat des lieux en France

4.1.1. Généralités sur la consommation d'alcool des adolescents en France

L'alcool serait le **produit le plus souvent expérimenté en France** chez les jeunes de 14 à 18 ans selon l'enquête ESPAD de 1999 [19]. Par expérimentation, il faut comprendre « le fait d'avoir déjà consommé un produit au moins une fois au cours de sa vie ». A noter que cette notion d'usage au cours de la vie, ou expérimentation, englobe des consommateurs actuels mais aussi des adolescents ayant juste essayé ou ayant abandonné leur consommation ; elle décrit donc la diffusion du produit dans la population plutôt que son usage.

Ainsi, en 2005, un peu **plus de neuf jeunes de 17 ans sur dix (92,3%) déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie** [61]. L'**usage régulier** (au moins 10 épisodes de consommation sur les 30 derniers jours) est peu fréquent (12% des jeunes) et l'**usage quotidien** (au moins une fois par jour sur les 30 derniers jours) encore plus rare (1,2% des jeunes). **Les garçons s'avèrent plus consommateurs que les filles** et cela quel que soit le niveau d'usage déclaré.

La plupart des consommations d'alcool ont lieu le week-end, avec des amis, alors que les consommations solitaires ou en semaine s'avèrent plutôt rares. Ceci souligne le rôle social que joue la consommation d'alcool dans la vie des adolescents [61].

4.1.2. Les ivresses aiguës chez les adolescents en France

4.1.2.1. Fréquence des ivresses chez les adolescents

- Expérimentation de l'ivresse

Au cours de leur vie, **près d'un tiers des 13-20 ans** déclarent, en 2001, avoir connu l'ivresse [17].

A 17 ans, ils sont près de 6 jeunes sur 10 à avoir connu l'ivresse selon l'enquête ESCAPAD 2005 [61]. Chez les collégiens (11, 13 et 15 ans), ces chiffres sont moins importants puisque 83,5% d'entre eux déclarent ne jamais avoir été ivres d'après l'enquête HBSC 2002 [35].

- Ivresses régulières et ivresses fréquentes

Par ailleurs, **près d'un jeune sur dix dit avoir été ivre au moins 10 fois au cours des douze derniers mois** en 2005 [61]. Ceci définit l'« **ivresse régulière** » selon cette étude. Marie Choquet et son équipe définissent, eux, le seuil des « **ivresses fréquentes** » comme étant à **au moins 3 ivresses au cours du dernier mois**. **3% des jeunes** dans leur étude semblent connaître des ivresses fréquentes.

- Evolution durant la dernière décennie

Bien que l'alcool soit le produit le plus expérimenté chez les jeunes et les adolescents, il semblerait que les **niveaux de consommation, y compris pour l'expérimentation, soient en diminution**. Ceci est retrouvé par diverses études. L'étude de l'IREB [17] note une légère décroissance de la proportion de consommateurs d'alcool entre 1996 et 2001 dans la population des 13-20 ans (de 67% à 55%). Puis ESCAPAD, en 2005, retrouve des taux d'expérimentation, d'usage au cours du mois et d'usage régulier d'alcool en baisse de 2003 à 2005.

Les évolutions de ces différents types d'usage d'alcool et d'ivresses chez les adolescents de 17 ans de 2003 à 2005 sont résumées dans le tableau suivant.

	Garçons	Filles (2005)	Sex-ratio	Ensemble (2005)	Ensemble (2003)
Expérimentation	93,3	91,2	1,0	92,3	94,6
Usage au cours du mois	82,0	75,3	1,1	78,7	82,1
Usage régulier	17,7	6,1	2,9	12,0	14,5
Usage quotidien	2,1	0,3	7,0	1,2	1,1
Ivresse au cours de la vie	63,4	49,6	1,3	56,6	55,0
Ivresse au cours de l'année	57,2	41,0	1,4	49,3	46,1
Ivresse répétée	33,4	18,3	1,8	26,0	19,2
Ivresse régulière	14,2	5,0	2,8	9,7	6,7

Tableau 2 : Usages d'alcool et ivresse à 17 ans (%)

Sources : ESCAPAD 2003-2005, OFDT

Le tableau 2 indique très clairement que, contrairement aux différents niveaux de consommation d'alcool qui ont tendance à baisser entre 2003 et 2005 (hormis l'usage quotidien qui semble augmenter, mais la différence n'est pas significative), **les ivresses auraient plutôt tendance à augmenter** [61]. Ceci viendrait donc illustrer le **changement dans les modes de consommation d'alcool** évoqué dans notre chapitre précédent.

Toutefois, ces propos doivent être nuancés. En effet, la dernière enquête ESPAD 2007 a retrouvé, certes, des niveaux d'ivresses en hausse entre 2003 et 2007 mais qui seraient néanmoins restés stables sur l'ensemble de la période 1999-2007 [62].

4.1.2.2. Ivresses aiguës en fonction du sexe et de l'âge

- Sexe

Comme la consommation d'alcool, les ivresses paraissent nettement **plus masculines** que ce soit pour les collégiens (sex ratio à 1,2) [35] ou pour leurs aînés [61]. L'enquête ESCAPAD montre, par ailleurs, que non seulement ces sex ratio sont nettement supérieurs à 1 mais aussi qu'ils sont croissants avec la fréquence observée [61] : 1,3 pour l'ivresse au cours de la vie, 1,4 pour l'ivresse au cours de l'année et 2,8 pour l'ivresse régulière.

- Evolution des ivresses en fonction de l'âge

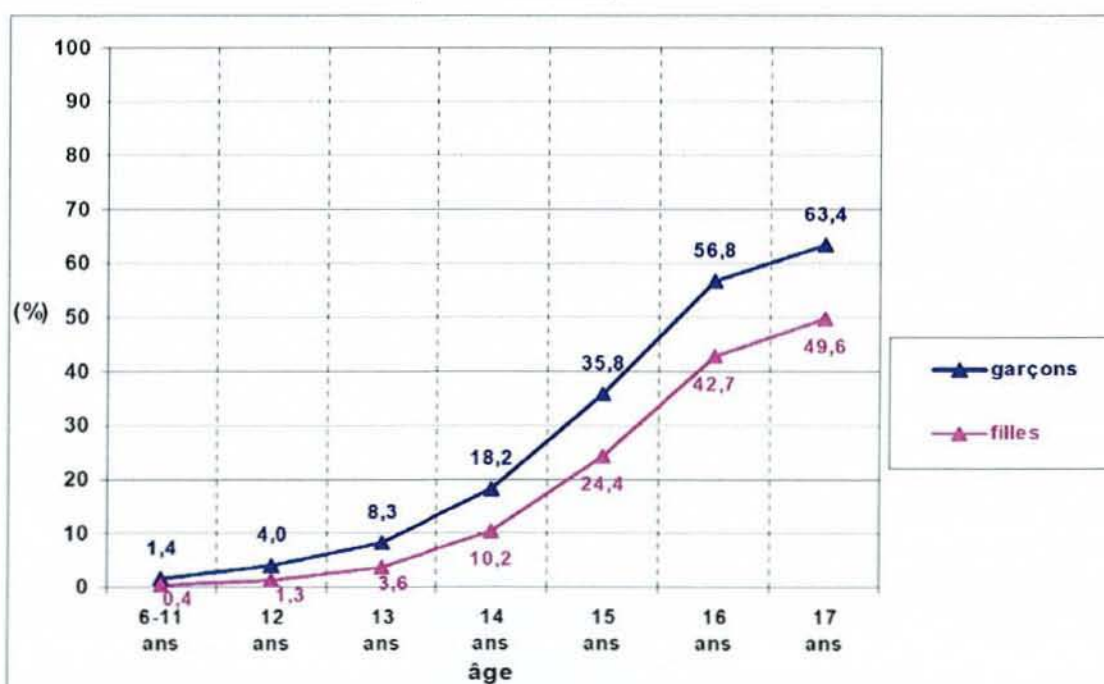


Figure 1 : Expérimentation de l'ivresse alcoolique au cours de l'adolescence par âge et par sexe (%)

Source : ESCAPAD 2005, OFDT

D'après ESCAPAD, les épisodes d'ivresses antérieurs à l'âge de 13 ans sont très rares. **C'est entre 14 et 16 ans que la diffusion de l'ivresse alcoolique est la plus rapide** comme l'indique la figure précédente. **L'expérimentation de l'ivresse semble donc augmenter avec l'âge.**

L'étude ESPAD retrouve à peu près les mêmes résultats en 1999 : si à 14 ans 26% des garçons et 20% des filles ont déjà été ivres, à 18 ans cela concerne 71% des garçons et 55% des filles. Ces données sont détaillées dans le tableau 3.

	Ages				
	14	15	16	17	18
Garçons	N=611	N=1068	N=1174	N=898	N=886
N'a jamais été ivre	73,9	64,1	49,7	43,0	28,7
A été ivre 1 à 2 fois	16,0	20,3	21,3	20,9	19,2
A été ivre 3 à 9 fois	6,6	10,6	16,0	18,9	28,0
A été ivre 10 fois ou plus	3,5	5,0	13,0	17,2	24,1
Filles	N=742	N=1024	N=1110	N=1119	N=1022
N'a jamais été ivre	80,3	69,1	58,3	50,6	45,5
A été ivre 1 à 2 fois	12,7	19,2	21,0	24,6	27,4
A été ivre 3 à 9 fois	6,2	8,8	16,1	17,8	20,9
A été ivre 10 fois ou plus	0,8	2,8	4,6	7,0	6,2

Tableau 3 : Expérimentation de l'ivresse au cours de la vie parmi les jeunes scolaires de 14 à 18 par sexe et âge (en %) en 1999

Sources : ESPAD 1999, INSERM, OFDT

Ainsi, pour l'alcool, l'expérience de l'ivresse reste donc très différenciée selon l'âge et le sexe.

4.1.2.3. Première ivresse alcoolique

L'âge moyen de la première ivresse dans l'enquête ESCAPAD est **15,1 ans** (15 ans et 4 mois dans l'enquête de l'IREB), les garçons restant légèrement plus précoces que les filles dans ces deux études. Soulignons que le recueil de cette information est soumis à un biais car les jeunes ont parfois tendance à se référer à l'ivresse la plus marquante et pas forcément

à la première. Ainsi, selon l'enquête HBSC 2002 qui concerne plus spécifiquement les jeunes adolescents, l'âge moyen de la première ivresse est de **13 ans 4 mois [35]**. De 2000 à 2005, l'âge moyen de la première ivresse alcoolique semble avoir peu évolué [61].

Contrairement à l'âge de la première ivresse qu'il n'est pas aisé de situer précisément, les jeunes se rappellent beaucoup mieux des boissons qu'ils ont consommées lors de leur première ivresse [17]. Dans cette étude, les jeunes ont cité 1,7 boissons en moyenne. Ils ont le plus souvent consommé de la **bière** (40%) et du **whisky** (30%). La bière a été le plus souvent citée par les garçons (45%) que par les filles (30%). Les filles par rapport aux garçons ont plus souvent cité le whisky (35% contre 28%) et le champagne (13% contre 8%).

4.1.2.4. Contexte de consommation

Dans l'étude de l'IREB de 2001, la dernière ivresse des jeunes (la plus récente) a eu lieu le plus souvent chez des amis (55% des ivresses). Pour une large majorité, elle a eu lieu chez des particuliers (au moins 69 %).

	Total 13-20 ans
Chez des amis	55
En boîte de nuit	17
Au domicile familial	14
En plein air	7
Autre	3
Au café	2
Plus de souvenir	1

Tableau 4 : Lieu de la dernière ivresse (en %, base :
répondants, jeunes ayant déjà connu une ivresse)
Source : IREB 2001

Par ailleurs, la fréquence des ivresses alcooliques paraît très nettement corrélée à la fréquence des sorties dans les bars, ou à celle des soirées entre [17, 61].

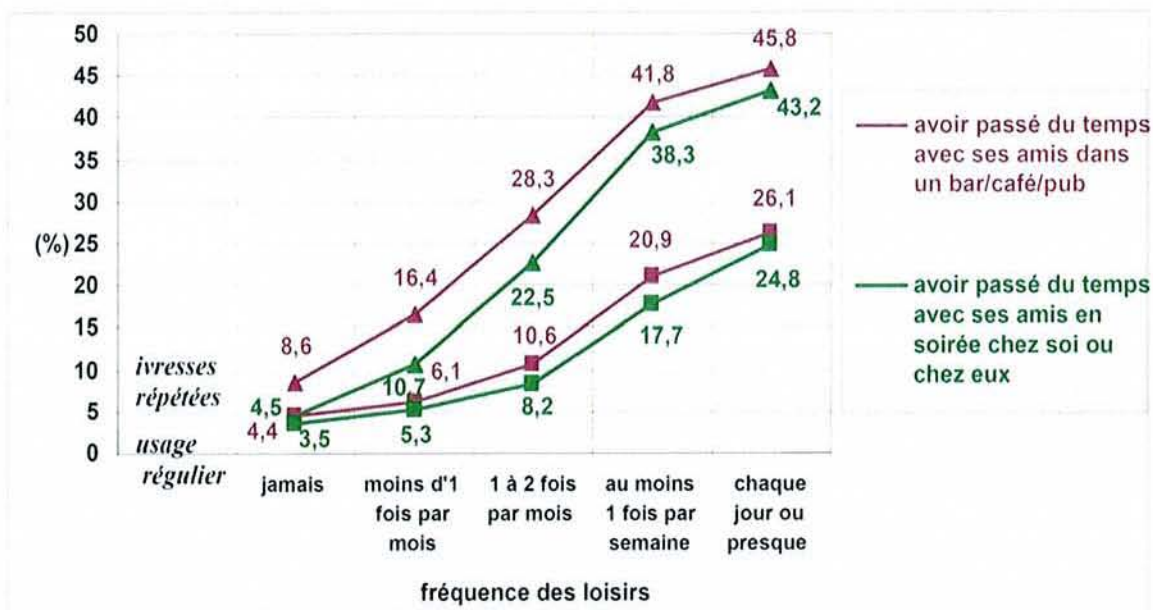


Figure 2 : Usage régulier d'alcool et fréquence des ivresses alcooliques selon la fréquence de sorties dans les bars ou en soirées, par sexe (%)

Source : ESCAPAD 2005

Ces résultats suggèrent que les ivresses déclarées ont la plupart du temps lieu dans un **cadre festif et convivial**. D'autres analyses ont été menées lors des précédents exercices d'ESCAPAD. Elles montrent que les ivresses alcooliques, à l'instar des consommations d'autres produits psychoactifs licites et illicites, sont **très fortement liées à l'intensité de la sociabilité, mais aussi à certaines préférences pour des courants culturels et musicaux ou des sorties en discothèques**.

◆ Pour conclure, les points suivants peuvent être soulignés en France :

- Une **légère décroissance de la consommation d'alcool** ainsi qu'une tendance à **l'augmentation de l'ivresse** dans le temps sont notées.
- Ceci traduit un **changement dans les modes de consommation d'alcool**.
- Les **garçons consomment plus d'alcool que les filles** et sont **plus souvent ivres** que les filles.
- **L'âge est un facteur déterminant du mode de consommation**.

4.1.3. Le Binge Drinking des adolescents en France

Selon l'enquête ESCAPAD 2005, la consommation ponctuelle de quantités importantes d'alcool (ici 5 verres ou plus) en une occasion est fréquente à 17 ans : **près de la moitié des jeunes interrogés qui ont bu au cours des 30 derniers jours** disent l'avoir fait au moins une fois.

Ce comportement d'alcoolisation, qui correspond au *binge drinking* anglo-saxon, est très **masculin** : 55,6 % des garçons de 17 ans contre 35,6% des filles du même âge l'ont eu au moins une fois. Cet écart croît avec la fréquence observée : 3,6% des garçons versus 0,7% des filles l'ont eu au moins dix fois à 17 ans [61].

Notons que le cumul d'au moins 10 consommations de ce type est très rare à 17 ans : à peine 2,2% des buveurs au cours du mois sont concernés, soit moins d'un buveur sur 7. **Autrement dit, la consommation régulière est rarement une consommation massive d'alcool.**

De même que pour les ivresses aiguës, il semble que l'expérimentation du Binge Drinking augmente avec l'âge. Ainsi, dans une étude nommée GAZEL publiée en janvier 2008, ce mode de consommation d'alcool (défini par une prise d'au moins 5 verres au cours d'une seule occasion sur les 15 derniers jours) concernait 5,7% des garçons de 12 à 15 ans et plus de 17% des garçons de 16 à 18 ans [70].

Les occasions de boire plus de 5 verres en une seule fois concernent par ordre décroissant [17] : les fêtes entre amis (17%), les bals populaires (16%), les concerts (13%), les boîtes de nuit (11%). C'est donc **lorsqu'ils sont avec des amis que le risque de Binge Drinking est le plus important**. Rien de surprenant donc que de préciser que le jour de la semaine où les jeunes boivent le plus d'alcool est **le samedi** (65% selon l'étude de l'IREB en 2001).

4.1.4. Les intoxications alcooliques aiguës chez les adolescents admis aux urgences

Très peu d'études françaises existent sur ce sujet. L'enquête effectuée en 1999 par l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris sur l'hospitalisation des adolescents en urgence [34] retrouvait des chiffres très faibles de **0,2 à 0,4 %**, sûrement sous-évalués.

Dans la suite de notre travail nous citerons souvent l'étude de Picherot et al. dont les résultats ont été publiés en 2003 [89]. Ces auteurs ont analysé les cas de 63 adolescents âgés de 12 à 18 ans admis aux urgences de huit services de pédiatrie de différentes régions françaises sur une période d'environ un an, du 1^{er} avril 2001 au 1^{er} avril 2002. La méthodologie se basait sur un questionnaire remis aux services en question.

4.2. Etat des lieux en Europe

Comme nous l'avons précédemment évoqué, certaines études ont été faites au niveau de plusieurs pays européens (ESPAD, HSBC). Ces pays peuvent être distingués en fonction de leur type de production de boissons alcoolisées. Ainsi, la France, l'Italie et le Portugal sont des pays essentiellement vinicoles ; la Belgique, l'Allemagne, l'Angleterre et le Danemark sont des pays producteurs de bières (même si ils produisent aussi du vin) ; la Finlande, la Hongrie et la Pologne sont surtout productrices de spiritueux. Il est donc intéressant de regarder si des différences importantes existent selon le type de production, et donc de culture.

4.2.1. Les ivresses aiguës chez les adolescents en Europe

Bien que dans les deux tiers des pays européens 90 % ou plus des élèves aient consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie (enquête ESPAD 2003 [41]), la situation reste très hétérogène en ce qui concerne les épisodes d'ivresse et de binge drinking des adolescents d'après ces études européennes.

En 2003, d'après l'enquête ESPAD [41], dans 30 des 35 pays d'Europe étudiés, une majorité d'élèves ont déjà été ivres au moins une fois. Il semble cependant exister des pays où l'ivresse est très fréquente et des pays, dont la France, où l'ivresse est nettement plus occasionnelle.

Les différences entre pays ont d'ailleurs tendance à s'accroître quand on considère l'ivresse récente ou régulière comme l'indique la figure 3.

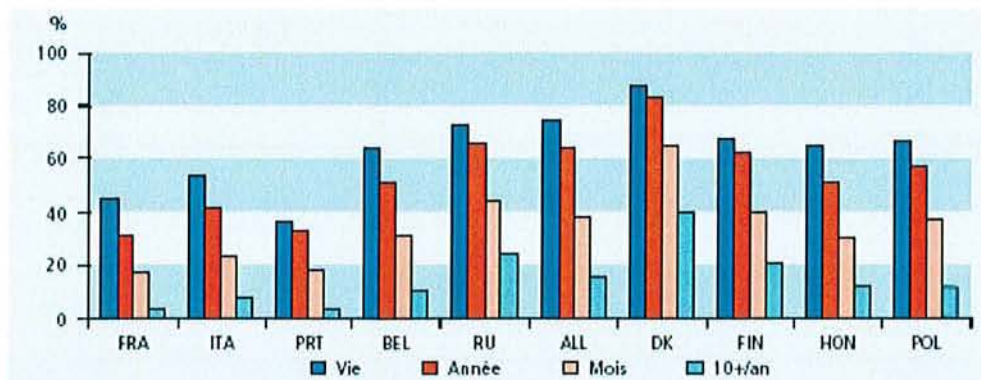


Figure 3 : Ivresse (vie, dernière année, dernier mois et 10 fois et plus durant les 12 derniers mois) chez les garçons de 16 ans

Source : ESPAD 2003

En effet, si l'on compare le Danemark et la France par exemple, 87% des jeunes danois de 16 ans ont été ivres durant leur vie pour 45% de leurs homologues français (soit environ deux fois plus), 82% des danois ont été ivres dans l'année pour 31% des français (soit environ trois fois plus), 40% ont été ivres au moins 10 fois dans l'année pour 4% des français (soit dix fois plus).

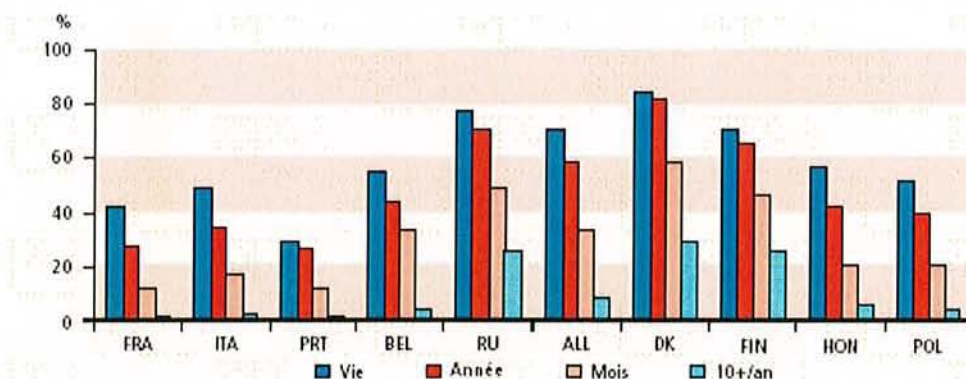


Figure 4 : Ivresse (vie, dernière année, dernier mois et 10 fois et plus durant les 12 derniers mois) chez les filles de 16 ans

Source : ESPAD 2003

Dans une majorité de pays, les garçons ont été plus nombreux que les filles à rapporter des ivresses aiguës. Toutefois, la distribution entre les sexes est assez comparable dans les Îles britanniques et dans les pays nordiques [41]. Ainsi, comme l'illustre bien la comparaison entre les 2 graphiques ci-dessus, la différence entre garçons et filles est faible au Danemark et en Finlande et est même inversée au Royaume-Uni (les filles y sont plus nombreuses à s'y enivrer) [15].

Cette différence entre garçons et filles est, selon Marie Choquet, à relier « non seulement au statut de l'alcool, considéré comme une boisson virile ou virilisante dans la majorité des pays du Sud et de l'est de l'Europe, mais aussi au statut plus général de la femme. En effet, dans les pays où l'écart hommes/femmes est important (salaire, participation à la vie politique et sociale, etc.), l'écart entre le comportement des adolescents et adolescentes est aussi important » [16].

L'augmentation de l'ivresse avec l'âge est retrouvée, comme en France, dans la plupart des pays européens. Néanmoins, les progressions semblent différentes selon les pays. Selon l'enquête HBSC, en France, l'augmentation se trouve entre les âges de 13 et 15 ans mais serait moins importante qu'ailleurs. Ainsi, pour un jeune français, le fait d'avoir été ivre au moins deux fois dans sa vie passe de 3% à 11 ans, à 5 % à 13 ans puis 22% à 15 ans, pour une moyenne des 34 pays HBSC de 4% à 11 ans, 15% à 13 ans et enfin 40% à 15 ans. Plus les jeunes français s'avancent en âge, plus ils semblent être en queue de l'Europe...

Concernant l'âge de la première ivresse [16], il oscille chez les garçons entre 14,6 ans en Ukraine et 13,4 ans en Autriche, et chez les filles de 14,1 ans en Italie à 13,1 ans en Autriche. L'écart entre les pays est donc d'environ un an seulement. La France se situe près de la moyenne. L'expérimentation de l'ivresse n'est donc pas plus précoce dans les pays qui ont une longue tradition de consommation d'alcool.

Vingt-huit pays ESPAD ont participé au moins à deux enquêtes successives (1995, 1999, 2003). **La consommation régulière d'alcool a augmenté dans 10/28 pays (dont 7 pays de l'Est) mais elle est restée stable ou a diminué dans 18/28 pays. Les ivresses régulières, ont augmenté dans 9/28 pays (dont 5 pays de l'Est), mais sont restées stables ou ont diminué dans 19/28 pays.** Au-delà des pays d'Europe de l'Est, il est intéressant de souligner que la consommation occasionnelle et régulière des 16 ans est restée stable en France alors qu'elle a augmenté en Norvège, au Danemark et au Royaume-Uni [15].

4.2.2. Le Binge Drinking des adolescents en Europe

Le pourcentage d'élèves mentionnant une consommation de plus de 5 verres d'alcool en une seule occasion 3 fois au moins au cours des 30 derniers jours varie considérablement d'après l'enquête ESPAD 2003. Cette consommation est rapportée par un cinquième à un

tiers des élèves dans environ la moitié des pays. Les pays mentionnant le plus souvent ce comportement se trouvent dans le Nord et l'Ouest : Au Danemark, dans l'Île de Man, en Irlande, à Malte, en Norvège, aux Pays-Bas, en Pologne, au Royaume-Uni et en Suède (24–32 %), Malte étant la seule exception. Les pays ayant les chiffres les plus faibles sont surtout au Sud et à l'Est : Chypre, France, Grèce, Hongrie, Islande, Roumanie et Turquie (5–11 %) [41].

La comparaison des chiffres de cette même étude entre 1999 et 2003 montre que les pays les plus concernés par une hausse du binge drinking sont majoritairement situés à l'Est.

La France ne semble donc pas se trouver en tête des pays européens pour l'ivresse et le binge drinking des adolescents.

Dans ce chapitre, nous avons donc privilégié une approche épidémiologique descriptive qui nous a permis de synthétiser les données concernant les conduites d'alcoolisation des adolescents français, données que nous avons ensuite comparées aux autres pays européens. Qu'en est-il des recherches étiopathogéniques dans ce domaine ? Peut-on individualiser des facteurs de vulnérabilité aux conduites de consommation d'alcool à l'adolescence ?

V. Facteurs de vulnérabilité aux conduites de consommation d'alcool à l'adolescence

Le risque d'ivresse et de mésusage d'alcool à l'adolescence n'est pas équitablement distribué dans la population générale. Il existerait des facteurs de vulnérabilité.

Nous nous intéresserons successivement aux facteurs environnementaux et psychosociaux, aux facteurs liés au produit puis aux facteurs individuels possiblement impliqués dans le risque d'ivresse ou de mésusage d'alcool chez les adolescents. Précisons que la majorité des études réalisées concernent les risques d'initiation de la consommation ou de développement d'une dépendance et ne sont souvent pas spécifiques à l'alcool (mais à la consommation de substances).

5.1. Facteurs psychosociaux et environnementaux

L'environnement, c'est à dire la famille, les amis, le milieu scolaire et social, peut avoir une influence sur les modalités de consommation d'alcool chez les adolescents.

5.1.1. Facteurs familiaux

5.1.1.1. Influence de l'alcoolisme parental

L'influence de l'alcoolisme parental a été très étudiée. La famille est souvent un cadre propice à l'initiation de la consommation d'alcool (vin, bière, champagne) ; les adolescents reproduisant le comportement de leurs parents [53].

Certaines études ont montré, par ailleurs, que des **antécédents familiaux d'alcoolisme étaient des facteurs de risque majeur pour l'alcoolisme chez l'enfant et l'adolescent** [85]. Selon d'autres auteurs, il existe un lien significatif entre **histoire familiale d'alcoolodépendance et précocité des consommations pathologiques** chez les adolescents [53]. Enfin, certains ont souligné que la consommation de substances illicites des mères augmentait la probabilité de consommer des produits chez leurs enfants au début de l'adolescence [80].

M. Schuckit [97] a, quant à lui, réalisé une étude comparant la sensibilité à l'alcool de deux groupes de sujets consommateurs non dépendants : les fils de sujets alcoolodépendants et

des témoins sans antécédents familiaux d'alcoolisme. Les premiers présenteraient une **résistance à l'alcool**. Ils auraient une sensibilité à l'alcool moindre avec une **impression subjective d'intoxication et une euphorie inférieures** à celles des témoins pour des taux d'alcoolémie comparables. Cet auteur a également observé une forte corrélation entre la résistance aux effets de l'alcool et le risque de présenter des symptômes d'abus et de dépendance à l'alcool. Par la suite, M. Schuckit a également mis en évidence que cette « tolérance » aux effets de l'alcoolisation en cas d'antécédents d'alcoolisme familial était également présente chez les femmes [98].

Ainsi, il semble exister une influence de l'alcoolisme parental sur la consommation d'alcool des adolescents. Néanmoins, d'autres paramètres sont à prendre en considération afin d'expliquer ce lien.

Selon MD. Newcomb, par exemple, la consommation de substances chez l'adolescent (parmi lesquelles l'alcool) dépendrait d'avantage de la **détresse psychologique de la mère** et de ses **répercussions sur l'étayage familial** que de la propre consommation de toxiques chez cette dernière [79]. La consommation d'alcool de la mère serait le reflet d'un dysfonctionnement familial ou d'une détresse psychologique ayant pour conséquence un étayage familial défaillant pour l'adolescent et une perturbation de la relation mère-enfant.

5.1.1.2. Influence de la relation mère-enfant

JS. Brook et ses collaborateurs ont réalisé une étude testant la relation mère-enfant sur l'initiation et la consommation de substances [12]. Ils ont ainsi montré que **la détresse émotionnelle de la mère jouait un rôle important dans cette initiation chez les jeunes adolescents (12-14 ans)** alors qu'elle intervenait moins fortement pour les adolescents plus âgés (15-18 ans).

5.1.1.3. Influence des pratiques éducatives

Les pratiques éducatives semblent aussi jouer un rôle déterminant dans la protection vis-à-vis de la consommation de substances [74].

Selon M. Windle [113], **plus les parents posent des règles pour structurer les activités de leurs enfants, plus les prévalences de problèmes liés à l'usage de substances sont faibles**. Les adolescents dont les parents approuvent la consommation d'alcool ont un usage quotidien beaucoup plus élevé que ceux dont les parents la désapprouvent.

5.1.1.4. Influence de la situation et des évènements de vie familiaux

Des liens entre évènements négatifs dans la famille (divorce, décès, perte d'emploi) entraînant un dysfonctionnement familial et consommation d'alcool et de substances à l'adolescence ont été mis en évidence, en 1992, par Wills et ses collaborateurs [111]. **La perte d'un parent dans l'enfance est le facteur prédisposant le plus important.**

La situation familiale apparaît également fortement associée à la consommation d'alcool des adolescents dans l'enquête ESCAPAD [61]. Ainsi, les jeunes dont les parents ne vivent pas ensemble et les jeunes qui vivent en internat ou hors du foyer familial déclarent plus souvent une ivresse répétée. Une des explications proposées est la diminution du contrôle sur l'adolescent induite par l'absence d'un ou des deux parents.

Pour conclure, il semble, comme le disait M. Windle [113], que certains **facteurs familiaux soient protecteurs** d'une consommation de substances psycho-actives à l'adolescence : une **éducation structurante**, la **non-tolérance parentale aux produits**, le **soutien parental**, **l'affection**, la **proximité entre enfants et parents**.

5.1.2. **Influence des pairs**

Si l'initiation de la consommation d'alcool se fait souvent en famille, les observations actuelles tendent à souligner le rôle majeur joué par les pairs au moment de l'adolescence.

Pour MD. Newcomb [80], **l'initiation aux substances à l'adolescence dépend sensiblement des amis déjà consommateurs**. L'utilisation de toxiques et la fréquentation d'adolescents qui en usent se renforcent réciproquement. En effet, le groupe de pairs est à la fois un lieu fournissant un accès aux produits tout en permettant un renforcement social de leur utilisation. Boire en bande, permet une reconnaissance auprès de son groupe de pairs, aide à l'établissement d'une identité. L'usage de toxiques par des camarades prédirait ainsi fortement un usage individuel.

Ainsi, selon TA. Wills et R. Vaughan [112], **les adolescents ayant le plus de risque de consommer des substances sont ceux qui trouvent un bon soutien social auprès de leurs pairs et un faible soutien familial.**

5.1.3. Influence du milieu scolaire

La situation et le parcours scolaire apparaissent fortement liés à la consommation d'alcool et à la fréquence des ivresses selon l'étude ESCAPAD [61]. Dans cette étude, **les jeunes en apprentissage** et ceux qui sont **sortis du système scolaire** sont plus nombreux (34,8% et 35,7%) que les jeunes élèves en filière générale, technique ou professionnelle (24,3%) à rapporter des **ivresses répétées**.

Le milieu scolaire présenterait ainsi différents facteurs de risque d'installation soit d'une consommation nocive d'alcool [26], soit d'une conduite addictive à l'alcool [53]. Les facteurs de risque cités comprennent entre autres : l'absentéisme scolaire, le retard scolaire, la chute des résultats scolaires, une rupture de scolarité ou les exclusions scolaires, l'absence d'encadrement pédagogique.

5.1.4. Facteurs sociaux

Une étude finlandaise [64] a cherché à mettre en évidence un lien entre l'amélioration du niveau de vie et l'augmentation du nombre d'épisodes d'ivresse de 1981 à 1997 chez des adolescents de 14 ans. Une association significative a été retrouvée entre **l'augmentation des épisodes d'ivresse dans les deux sexes et l'augmentation des sommes d'argent** données à ces adolescents (argent de poche).

Ce lien entre les ressources financières de l'adolescent (donc familiales) et le risque d'ivresses à l'adolescence est également illustré dans l'enquête ESCAPAD 2005. En effet, **l'élévation du milieu économique et social** de la famille (appréhendé par les professions et catégories sociales déclarées par le répondant) est associée, dans cette étude, à une consommation d'alcool régulière croissante ainsi qu'à un **nombre plus important d'ivresses répétées** [61]. Une des explications données est celle des ressources financières familiales qui limitent la consommation d'alcool pour les jeunes issus de milieux modestes. Néanmoins, d'autres études semblent nuancer ce lien entre statut socio-économique familial et ivresses chez l'adolescent.

Ainsi, Richter et al [93] ne retrouvent qu'une **importance limitée du statut socio-économique des parents dans l'occurrence des épisodes d'ivresses chez les jeunes adolescents** (11-15 ans) avec cependant quelques différences en fonction du sexe. Leurs

données ont été obtenues via l'étude HBSC 2001/2002, étude internationale. Deux critères différents ont été distingués : le niveau de richesse familiale et le statut occupationnel des parents (parents travaillant ou non et types d'emplois).

Concernant le premier de ces critères, aucun lien significatif n'a été retrouvé chez les filles. Parmi les **garçons**, dans 9 pays (soit 1/3 des pays participants seulement), ceux issus de familles à **ressources financières faibles ou modérées**, avaient un **risque plus faible d'ivresses répétées**.

Concernant le statut occupationnel des parents, une différence significative n'a été retrouvée que dans 9 pays pour les garçons et 6 pays pour les filles. **Un statut occupationnel bas était prédictif d'un risque accru d'ivresses** dans ces pays.

Il est donc difficile de tirer des conclusions précises de toutes ces données, ces différentes études ne mesurant pas les mêmes paramètres.

5.2. Facteurs liés au produit : l'alcool, « une drogue licite »

L'alcool, contrairement à d'autres substances tel le cannabis et autres substances psychoactives illicites, n'est pas considéré, dans l'opinion publique comme une « drogue ». L'alcool a une réputation de relative innocuité et sa consommation est souvent banalisée, notamment par les parents qui sont souvent eux-mêmes consommateurs.

Le fait que la consommation d'alcool soit licite et bien acceptée socialement facilite et encourage indéniablement sa consommation.

Nous venons donc de passer en revue les différents facteurs de vulnérabilité externes, qu'ils soient environnementaux, psychosociaux ou plus directement liés au produit, pouvant influencer les modalités de consommation d'alcool chez les adolescents. Qu'en est-il des facteurs de l'espace interne du sujet ?

5.3. Facteurs individuels

5.3.1. Facteurs neurobiologiques et génétiques

Les facteurs génétiques impliqués dans la vulnérabilité aux conduites de consommation d'alcool à l'adolescence concernent essentiellement la dépendance à l'alcool.

L'idée que la dépendance à l'alcool peut avoir une origine génétique est ancienne. Comme nous l'avons décrit dans notre paragraphe précédent concernant l'influence de l'alcoolisme familial, de tels antécédents familiaux sont des facteurs de risque majeur d'alcoolisme chez l'enfant et l'adolescent. Dès 1972, Schuckit et al. [96] ont montré que les enfants de malades dépendants présentaient la même dépendance que leurs parents, qu'ils aient été élevés dans leur famille biologique ou non.

5.3.1.1. Généralités sur les facteurs neurobiologiques et génétiques

La connaissance de la neurobiologie de l'addiction a permis d'identifier des circuits neuronaux dont les variations génétiques peuvent être impliquées dans les processus de vulnérabilité individuelle. Certains gènes régulant ces voies de neurotransmission ont été étudiés. De nombreux travaux, qu'il serait compliqué de résumer intégralement ici, ont été consacrés à ce sujet.

Schématiquement, nous pouvons dire que la plupart des neuromédiateurs connus semblent impliqués à des titres et à des moments divers de l'évolution dans le déterminisme de ces comportements addictifs [67].

Une hyperactivité **dopaminergique** jouerait un rôle déclencheur important dans les comportements d'appétence pour les drogues [67], le système dopaminergique étant impliqué dans la **régulation des systèmes de récompense**. Cependant, à notre connaissance, il n'y a pas eu à ce jour d'étude prouvant une association entre différents allèles du gène du récepteur D2 de la dopamine (localisé sur le chromosome 11) et la dépendance à l'alcool [45].

La **sérotonine** pourrait être impliquée dans l'alcoolisme par l'intermédiaire du rôle qu'elle joue dans l'impulsivité et le mauvais contrôle comportemental [67]. Ont ainsi été étudiés les gènes du transporteur de la sérotonine (5-HTT) et du récepteur 5-HT1B. Parmi ces études,

l'une d'entre elles a ainsi mis en évidence des différences dans les conduites d'alcoolisation de jeunes étudiants associées à la présence de l'allèle court du gène 5-HTT [40] : les **sujets homozygotes pour l'allèle court avaient plus de risque de développer une conduite de Binge Drinking** que les autres. Cependant, les résultats des différentes études réalisées restent encore divergents [45].

Par ailleurs, les **systèmes noradrénergique et opioïdérique endogène** seraient également impliqués dans la dépendance alcoolique. Quant au **système GABAergique**, son rôle dans la sensibilité à l'alcool mais aussi dans le sevrage a également justifié de nombreux travaux de recherche. Enfin, le **système glutamatergique** jouerait également un rôle notamment dans le sevrage à l'alcool.

Ainsi, les études génétiques portent essentiellement sur le **caractère multigénique de l'alcoolodépendance** qui est depuis longtemps consensuel. Peu d'études explorent le lien entre génétique et autres mésusages d'alcool en-dehors de la dépendance.

5.3.1.2. Particularités neuro-développementales à l'adolescence

A l'adolescence, il existerait des particularités neuro-développementales [14] : une activité plus importante du système dopaminergique et une immaturité du système inhibiteur sérotoninergique qui favoriseraient l'impulsivité et la recherche de nouvelles sensations. Cet état est, en général, transitoire. Cependant, l'effet direct de l'alcool sur le système dopaminergique (par une augmentation de la libération de dopamine) peut induire des changements et favoriser certains circuits à long terme, à la base du comportement addictif.

5.3.1.3. Interactions gène/environnement

Actuellement, les recherches s'intéressent de plus en plus à l'étude des **interactions entre le génotype et les facteurs environnementaux**. Ainsi, si dans un premier temps la part respective de l'hérédité dans la dépendance à l'alcool a été soulignée (Schuckit et al. 1972), par la suite a été reconnu le rôle des facteurs environnementaux dans ce déterminisme génétique.

Les facteurs environnementaux interviendraient jusqu'à 40% de la variabilité inter-individuelle au sein de paires de jumeaux pour l'usage de l'alcool chez les adolescents [45]. Koopmans et Boomsma [56] ont montré que cette **sensibilité à l'environnement est**

fonction de l'âge. Si les adolescents de 16 ans sont sensibles à l'environnement familial pour la transmission culturelle de la consommation d'alcool, l'influence parentale est réduite à zéro chez les adolescents plus âgés ; les déterminants génétiques prenant alors le pas sur les paramètres environnementaux.

Le facteur génétique joue, certes, un rôle dans la vulnérabilité aux conduites de consommation à l'adolescence, mais il ne paraît toutefois être qu'un facteur de risque parmi d'autres. D'autres facteurs cliniques semblent impliqués dans le risque d'abus ou de dépendance à l'alcool parmi lesquels le développement pubertaire.

5.3.2. Développement pubertaire

Une puberté précoce chez les jeunes adolescentes (premières règles avant 11 ans) serait un facteur de risque d'usage plus précoce d'alcool et éventuellement d'une consommation abusive selon Dick et ses collaborateurs [25].

Patton et ses collaborateurs ont, quant à eux, montré dans un article publié en 2004, qu'un stade pubertaire avancé était associé à des taux plus importants d'usage ou d'abus de substances indépendamment de l'âge et du niveau scolaire [87].

5.3.3. Dimensions de personnalité

Sans chercher à définir une « personnalité toxicophile », certains facteurs de personnalité intervenant dans la vulnérabilité aux conduites de consommation d'alcool à l'adolescence semblent pouvoir être individualisés. Michel et al. [75] évoquent des « **dimensions de personnalité** » qui « **interviennent dans les mécanismes d'initiation et d'installation des conduites de consommation** ». Ces dimensions de personnalité sont communes aux diverses substances psycho-actives avec cependant certaines particularités concernant la consommation d'alcool que nous détaillerons plus spécifiquement.

Les dimensions de personnalité les plus fortement impliquées dans la consommation d'alcool seraient, toujours selon ces mêmes auteurs : l'impulsivité et les tendances anti-sociales, la recherche de sensation et dans une moindre mesure, la recherche de nouveauté.

5.3.3.1. Impulsivité et tendances antisociales

Plusieurs études ont souligné que l'agressivité et l'impulsivité intervenaient comme des facteurs de risque pour la consommation d'alcool chez les collégiens [105, 110]. Cette forte implication serait sous-tendue par un **déficit général de la capacité d'auto-régulation** selon certains auteurs [76].

5.3.3.2. Recherche de sensations

La notion de « recherche de sensations » est issue des travaux de Zuckerman qui, dès 1964, tenta d'établir une échelle évaluant ce comportement. Pour ce dernier, la recherche de sensations se définit comme « le besoin de sensations et d'expériences variées, nouvelles et complexes » pouvant conduire à des comportements de désinhibition, des activités physiques et sociales risquées (1978).

Elle est évaluée par une échelle spécifique, « l'Echelle de Recherche de Sensations » qui individualise quatre facteurs principaux [46] :

- **la recherche de danger et d'aventure**
- **la recherche d'expériences nouvelles et excitantes**
- **la désinhibition**
- **la susceptibilité à l'ennui**

Cette échelle permet globalement de distinguer les sujets dits « High Sensation Seeker », présentant un niveau élevé de recherche de sensations, des sujets dits « Low Sensation Seeker » à bas niveau de recherche de sensations.

Les travaux conduits en utilisant cette échelle ont permis de conclure à la fréquence particulièrement importante de cette constellation de traits chez les alcooliques les plus impulsifs. Par ailleurs, les études chez des lycéens ont permis d'établir une **relation entre les scores à l'échelle de Zuckerman et la consommation moyenne d'alcool** [46]. Ce dernier a ainsi montré, en 1999, que la quantité d'alcool consommé par les garçons est corrélée aux facteurs « recherche de danger et d'aventure » et « désinhibition », et, chez les filles, au seul facteur « désinhibition ».

Pour Zuckerman, « une première période, dite expérimentale ou initiale, est suscitée par la recherche de sensations dans toutes ses expressions comportementales et notamment la

susceptibilité à l'ennui, la désinhibition et la recherche d'expériences » [116]. **Chez l'adolescent ou l'adulte jeune cette recherche de sensation déterminerait une tendance à la consommation d'alcool paroxystique et précoce.**

G. Michel et ses collaborateurs ont adapté et validé l'échelle de Zuckerman chez l'adolescent [73]. Leur Echelle de Recherche de Sensation pour Adolescents est constituée de 30 items et ne se définit que par 3 dimensions dont 2 sont communes avec l'échelle pour adultes : la **recherche de danger et d'aventure** (attirait pour des sports ou des activités à risque) et la **désinhibition** . Une nouvelle dimension apparaît : le **non-conformisme** (contestation et rejet pour le familial, le prévisible, et intérêt pour certaines valeurs originales, voire attirance pour une certaine marginalité sociale).

Ces auteurs ont également montré, dans une étude prospective de lycéens parisiens (de la seconde à la terminale), que la recherche de sensations constitue un des facteurs importants dans les processus d'initiation et de maintien de la consommation d'alcool [75]. **La recherche de sensations, notamment par des stimulations désinhibitrices, augmente la probabilité de s'initier à l'alcool.**

5.3.3.3. Recherche de nouveauté

La notion de recherche de nouveauté s'inscrit dans le modèle psychobiologique de Cloninger. Dans ce modèle [20], la personnalité s'appuie sur l'existence de **trois dimensions** tempéramentales : **la recherche de nouveauté, l'évitement de la douleur et la dépendance à la récompense**. Ces trois dimensions seraient la résultante de l'interaction d'index physiologiques et génétiques avec des patterns adaptatifs environnementaux et seraient associées préférentiellement à un neuromédiateur spécifique. Cloninger a, par ailleurs, conçu un questionnaire tridimensionnel de personnalité (TPQ) évaluant ces trois dimensions.

D'après la revue de la littérature, c'est **surtout la recherche de nouveauté qui est impliquée dans l'usage, l'abus et la dépendance aux substances psycho-actives** [74].

Les sujets qui obtiennent des scores élevés sur la dimension recherche de nouveauté sont décrits par Cloninger comme inconstants, excitables, extravagants, évitant activement la monotonie, recherchant l'aventure. **Cette recherche de nouveauté serait plus élevée à**

l'adolescence que chez l'adulte et elle serait reliée, durant cette période de la vie, à d'autres traits de personnalité comme l'impulsivité, la recherche de sensations, la prise de risque et l'indépendance [110].

Concernant les processus d'expérimentation, G. Michel et ses collaborateurs ont observé, dans leur étude prospective précédemment citée [75], que la recherche de nouveauté paraissait d'avantage impliquée dans l'initiation au tabagisme que dans celle de l'alcool. Pour ces auteurs, **« la recherche de nouveauté semble surtout impliquée dans le tabagisme alors que la recherche de sensations intervient plus fortement dans la prise d'alcool et de drogues »**.

5.3.4. Facteurs psychopathologiques

Selon Karila et al. [53], l'état psychopathologique de l'adolescent constitue indéniablement un facteur favorisant l'initiation et la pérennisation des consommations d'alcool.

Notons cependant que les relations entre troubles psychopathologiques et abus d'alcool (ou autres substances) sont complexes : **l'usage de toxiques peut en être la cause ou la conséquence**.

En outre, la plupart des travaux réalisés sont issus d'études rétrospectives portant sur des populations de sujets alcooliques adultes. Peu d'études ont été spécifiquement consacrées à ce sujet chez l'enfant et l'adolescent même si il est généralement admis que l'abus d'alcool à l'adolescence s'accompagne souvent d'autres troubles psychopathologiques témoignant d'une souffrance psychique et/ou sociale [7]. De plus, ces études portent en général sur l'ensemble des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.

Néanmoins, devant cette forte comorbidité, nous pouvons nous interroger, à l'instar de D. Bailly, sur le rapport que peut entretenir l'abus d'alcool avec d'autres troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence.

5.3.4.1. Le trouble des conduites

Le trouble des conduites apparaît comme majeur dans l'étude de la vulnérabilité aux conduites de consommation d'alcool [74].

De nombreuses études ont souligné une **forte comorbidité à l'adolescence entre ce trouble et l'abus d'alcool** au point que certains auteurs s'interrogent sur le caractère artificiel de leur différenciation ; l'abus d'alcool pouvant s'intégrer dans l'ensemble des manifestations des troubles des conduites [13]. Par ailleurs, des travaux suggèrent qu'abus d'alcool et troubles des conduites pourraient être sous-tendus par des facteurs de vulnérabilité communs voire par des « processus renvoyant à une continuité cumulative : l'influence entre trouble des conduites et usage de toxiques serait bidirectionnelle » [74].

Enfin, d'autres soulignent la complexité des relations entre abus d'alcool et trouble des conduites étant donné l'association fréquente du trouble des conduites à d'autres troubles mentaux [7].

5.3.4.2. Le Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH)

Concernant le TDAH, les conclusions des études ne sont pas concordantes voire parfois même contradictoires, en ce qui concerne un éventuel lien entre ce trouble dans l'enfance et les conduites d'abus d'alcool.

Certains travaux montrent que l'hyperactivité constitue probablement un facteur de risque indirect pour le développement d'un abus (ou d'une dépendance) aux substances, **par l'intermédiaire de la comorbidité avec le trouble des conduites et les troubles anxieux ou dépressifs** [75].

5.3.4.3. Les troubles dépressifs

La dépression est un des troubles psychiatriques dont l'association avec l'usage des toxiques a été la plus étudiée et il est admis que les **troubles dépressifs représentent un facteur de risque dans l'initiation et la pérennisation des conduites d'abus d'alcool à l'adolescence**.

Certaines études soutiennent donc que la dépression précède l'abus de substance. Cette dépression serait donc primaire [74]. La consommation de substances, dont l'alcool, relèverait d'une part d'un fonctionnement adaptatif visant à mettre à distance les affects

négatifs dépressifs. Cette consommation aurait donc une fin d'automédication. D'autre part, l'usage de substances pourrait également avoir comme objectif de donner naissance à un affect positif.

Citons, entre autres, parmi les études chez l'adolescent en population générale et clinique ayant souligné une comorbidité entre trouble dépressif/symptomatologie dépressive/humeur dépressive et usage/dépendance/abus de substances, celle de Roberts et al. en 1993, de Van Hasselt et al. en 1993, de Brook et al. en 1995.

5.3.4.4. Les troubles anxieux

A la différence des troubles dépressifs, il existe moins d'études ayant examiné et mis en évidence des liens entre troubles anxieux et prise d'alcool à l'adolescence.

Soulignons toutefois le travail de synthèse réalisé par Johnston et O'Malley [50], synthèse qui soulignait que 41% des consommateurs abusifs d'alcool mettaient en avant la réduction de l'inquiétude et de la tension psychique comme motivation principale à leur consommation.

En 1996, Bailly et ses collaborateurs suggèrent que **le trouble angoisse de séparation** pourrait constituer un facteur de risque pour la survenue à l'adolescence d'un abus d'alcool et/ou de drogues [7].

5.3.4.5. Comorbidités trouble des conduites / troubles anxieux ou dépressifs

Certains auteurs n'ayant pas trouvé de liens directs entre un trouble psychopathologique et la consommation d'une substance suggèrent des « combinaisons de comorbidité entre dépression, anxiété, troubles des conduites et consommations de substances à l'adolescence ». **La survenue d'un trouble dépressif ou anxieux au cours de l'évolution d'un trouble des conduites constituerait un « facteur précipitant » dans l'abus de toxiques [74].**

5.3.4.6. Autres troubles psychopathologiques sources de vulnérabilité

Une association entre troubles du comportement alimentaire, et notamment comportements boulimiques, et consommation abusive d'alcool est fréquemment retrouvée chez les adolescentes [7].

Chez les jeunes patients psychotiques, l'utilisation sporadique d'alcool peut avoir pour rôle d'apaiser leur angoisse massive [7].

Enfin, les états limites de l'adolescent, ou trouble de la personnalité de type borderline, est également un trouble souvent associé à l'abus de substances psychoactives [26].

5.4. Multifactorialité

Comme nous l'avons souligné tout au long de ce chapitre, un facteur de vulnérabilité unique et indépendant des autres facteurs ne semble pas pouvoir être identifié de manière formelle.

Les études menées sur les facteurs de vulnérabilité aux conduites de consommation d'alcool à l'adolescence en soulignent le caractère multifactoriel. C'est la conjonction de ces différents facteurs, comme par exemple des prédispositions individuelles, des événements de vie négatifs, des troubles de la relation mère/enfants, qui seraient responsable de la vulnérabilité chez l'adolescent.

Pour reprendre une expression de Michel et al. concernant les facteurs de vulnérabilité aux conduites à risques de l'adolescent (parmi lesquelles figure la consommation d'alcool), **« c'est le système interactionnel dans lequel sont actifs ces facteurs qui devient vulnérabilisant pour l'individu » [74].**

VI. Psychopathologie des conduites d'alcoolisation à l'adolescence

Dans ce chapitre, nous tenterons d'appréhender certaines des explications développées au sujet des consommations d'alcool à l'adolescence et plus particulièrement celles concernant les consommations massives d'alcool responsables d'intoxications alcooliques aiguës (IAA). Précisons que la théorie psychanalytique a essentiellement essayé de comprendre les mécanismes sous-tendant le processus d'alcoolodépendance.

6.1. Alcool, rites initiatiques et ordalies

6.1.1. Alcool et rites initiatiques

Lors de fêtes entre adolescents, l'alcool participe à la convivialité, permet de faciliter les rencontres par ses effets désinhibiteurs, met en condition pour jouir pleinement de la fête et prolonge l'euphorie. Il sert aussi de support à certains jeux.

Les adolescents se lancent des défis et imaginent des paris qui consistent, par exemple, à boire la plus grande quantité d'alcool en un temps donné. Le risque d'IAA est alors important. Le fait de « tenir l'alcool » suscite l'admiration [58]. La nature des jeux porte donc « sur la compétition et la mise en avant de l'exploit, du courage et de la compétence » [21]. Il s'agit en quelque sorte de « mises à l'épreuve permettant l'expression des jugements de valeurs de la part des pairs ».

En Bretagne, par exemple, le rituel « de la piste » consiste à faire le tour des bars de la région jusqu'à une heure avancée du lendemain, manière de faire la preuve de sa bonne santé physique et mentale vis-à-vis de ses pairs [9].

Le jeune se doit d'expérimenter, donc de se risquer à un comportement qui lui était jusqu'alors interdit par ses parents, sous peine d'être renvoyé à la position de passivité dans laquelle il était maintenu en tant qu'enfant. Or l'alcool « bénéficie de l'aura des choses valorisées par les adultes mais encore défendues ou limitées » [58]. Cette anticipation d'une conduite adulte interdite peut donner l'illusion d'une maturité acquise. L'adolescent **brise ainsi symboliquement les barrières de l'enfance** en devenant partie intégrante du groupe des pairs [74], rattachant ainsi la prise d'alcool aux **rites initiatiques**.

Dans les rites initiatiques, le risque n'est jamais recherché pour lui-même mais pour la signification symbolique de cette conduite [67]. Le rite initiatique s'inscrit dans une logique de vie et d'espoir puisqu'il marque l'entrée dans la vie adulte [8]. La mort n'en constitue pas un enjeu et une fois le « rite » accompli, la prise de risque ne se répète pas [67].

6.1.2. Alcool et ordalies

Originellement, l'ordalie est un rituel de jugement divin. Au Moyen Age, il s'agissait d'une épreuve juridique, dont l'issue, réputée dépendre de Dieu, établissait la culpabilité ou l'innocence d'un individu. Les épreuves étaient variables (personnes jetées à l'eau, breuvage...) et pouvaient avoir une fin mortelle. Les **conduites ordaliques**, comme le rappelle G. Michel [71], se distinguent de l'ordalie « en ce qu'elles impliquent le **recours délibéré** à une épreuve à risque létal par le sujet ».

Pour Marcelli et Braconnier, les conduites ordaliques consistent « à s'en remettre à une puissance extrême et absolue qui décide de l'issue d'un comportement à risque où la mort est l'enjeu sinon explicite du moins implicite » [67]. C'est ce que l'on retrouve dans les conduites de **recherche d'excès**, comme chez certains adolescents qui recherchent, par l'intermédiaire de consommations massives d'alcool, la « **défonce** ». Ces conduites peuvent potentiellement aboutir au coma voire au décès. Ici, contrairement aux rites initiatiques, « la motivation principale n'est plus de faire une expérience mais d'**aller jusqu'au bout** (...) dans un processus de **répétition et d'escalade** » [67].

Selon D. Le Breton [59], l'ordalie serait une sorte de rite de passage individuel : « S'il échappe à la mise en péril à laquelle il s'est délibérément exposé, il s'administre la preuve que son existence a une signification et une valeur ». **Risquer la mort devient le garant de son existence et conforte son identité et sa place en tant que sujet dans le monde.**

La prise excessive d'alcool à l'adolescence peut donc s'interpréter comme une tentative d'affirmation de son identité, une sorte d'aménagement à la problématique séparation-individuation, dans une période de la vie où le corps se transforme, où l'éruption pulsionnelle menace le Moi.

6.2. Alcool et « sur-éveil » corporel

6.2.1. Problématique du corps à l'adolescence

La puberté, qui marque le début de l'adolescence, se manifeste par de **profondes modifications physiologiques et anatomiques** : le développement des organes génitaux, de la pilosité, de la poitrine, l'apparition des premières règles et des premières érections. Ces changements corporels, l'apparition des capacités orgasmique et reproductive ont d'importantes répercussions psychologiques.

Beaucoup d'auteurs, dont S. Freud parmi les premiers, ont souligné l'importance de ces modifications. Selon ce dernier, « avec le commencement de la puberté, apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale » [33]. Les diverses zones érogènes dites partielles (orale, anale, urétérale) vont se subordonner au **primat de la zone génitale** (organe sexuel) et la pulsion va désormais découvrir l'objet sexuel chez autrui.

Par la suite, B. Gutton développera même la notion d'un véritable processus psychique : le « **pubertaire** » qui serait à la psyché ce que la puberté est au corps [67]. Ce processus rendrait compte de la pression de la physiologie de la puberté sur les trois instances psychiques Moi, Surmoi et Ca.

6.2.2. L'excitation sexuelle à l'adolescence

La puberté est donc responsable d'une **explosion libidinale**, d'une **éruption pulsionnelle génitale** [67]. D'un point de vue économique, pour reprendre les propos de Marcelli et Braconnier, « l'apparition brusque d'énergie libre (non liée) conduit l'individu de façon incoercible à la **recherche d'une décharge tensionnelle** ». Des changements apparaissent aussi dans la perspective dynamique : affrontement entre la vie fantasmatique et les transformations pubertaires, conflit entre le Moi idéal et le Moi déstabilisé.

Le Moi se retrouve fragilisé dans son rôle de pare-excitation par cette explosion libidinale [67]. L'adolescent n'a pas les mécanismes adaptatifs pour gérer les stimulations entre cet afflux d'excitations internes et les stimulations extérieures. Mais pour S. Freud, le pronostic de l'aboutissement de la puberté ne repose pas tant sur la puissance des pulsions, mais plutôt

sur la tolérance ou l'intolérance du Moi à l'égard de ces pulsions. Il s'agit, pour l'adolescent, de faire appel à ses propres ressources afin de mettre en place des processus adaptatifs. Face à cette excitation, **la problématique activité/passivité** peut, par exemple, traduire un mode d'aménagement et de réponse.

6.2.3. Recherche de sensations et « sur-éveil » corporel

G. Michel et ses collaborateurs [72] envisagent les conduites de consommation d'alcool à l'adolescence sous l'angle des conduites à risques, conduites qui, dans leur ensemble, reflètent le problème de l'agir chez l'adolescent. Ainsi, selon ces auteurs [72], « la recherche de sensations intenses induites par des conduites à risques pourrait s'inscrire comme **modalité adaptative à l'afflux d'excitations intenses liés à l'émergence du pubertaire** ». Les auteurs supposent que la sensation induite dans les conduites à risques est recherchée d'un point de vue économique. Il s'agirait d'un **moyen de régulation** permettant à l'adolescent, par une **production propre de sensations**, de s'extraire de ce « sur-éveil corporel ». Pour apaiser ces excitations internes, pour rompre avec « la chaîne d'affects liés au pubertaire », ce dernier chercherait un **stimuli externe**, à l'origine d'éprouvés intenses. Ceci peut être généré, par exemple, par une consommation massive d'alcool.

« Chercher des sensations, c'est chercher un contact avec son propre corps, ses limites corporelles, et ainsi trouver sa place dans le monde » [72]. Pour ces auteurs, la problématique de la recherche de sensations intenses induites par des conduites à risque, telle les consommations excessives d'alcool, paraît donc en lien avec la sauvegarde de l'identité.

6.3. Alcool et affirmation identitaire

« L'adolescent a soif d'identité, soif d'exister, de se montrer, de vivre, de provoquer, parfois même de transgresser ! Alors il boit ». Cette phrase, tirée d'un texte écrit par M. Le Fourn [60], nous paraît emblématique du lien entre consommation d'alcool et adolescence. Selon cette dernière, les liquides et leurs bouteilles, « leurs packagings », seraient des « signifiants qui résonnent (...) telles des perfusions identitaires » chez l'adolescent [60]. Le marketing a d'ailleurs très bien su tirer profit de ces particularités de l'adolescent.

6.3.1. Un marketing qui cible des jeunes en quête de différenciation et d'identité

D'une part, des **boissons spécialement conçues pour le jeune public** ont vu le jour. Il s'agit de boissons très sucrées, mélanges de sodas et d'alcool fort, les « **premix** » ou « **alcopops** ». En effet, les alcooliers ont vite compris que les jeunes se désintéressaient de la boisson de prédilection de leurs parents, le vin, et qu'ils affectionnaient tout particulièrement les boissons sucrées. Ces cocktails prêts à boire, n'incitant pas les jeunes à doser ce qu'ils boivent, sont des mélanges faussement anodins. Leur forte teneur en sucre masque le goût de l'alcool et incite à des consommations précoces [65] voire à des consommations excessives conduisant à l'ivresse.

D'autre part, pour mettre en valeur leurs produits, des nouveaux packagings ont vu le jour, tous plus travaillés les uns que les autres. Les emballages sont attractifs, colorés, avec des noms au parfum d'interdit ou porteurs de rêve : Delirium Tremens, Voodoo, Fixion... Les conditionnements changent, tel le champagne vendu en petites bouteilles. Tous ces produits proposent donc de nouvelles attitudes gestuelles (comme boire le champagne à la paille), « de nouveaux signifiants, **de nouvelles incorporations pour se différencier coûte que coûte** » [60]. La bouteille devient un « accessoire transportable », au packaging adapté : petite bouteille individuelle, « bouchons biberons »... Sa consommation est ainsi libérée de la contrainte du lieu.

L'adolescent consomme ainsi des produits qui diffèrent de ceux de ses aînés, et d'une manière différente de ces derniers dans un « **processus actif d'individuation** » [60]. **La quête d'identité se construit là en opposition aux adultes** [58].

Par ailleurs, si l'accent est autant mis sur l'aspect esthétique des produits, c'est que ces derniers doivent aussi « **valoriser le client** » qui sera vu en leur possession. S'afficher avec un beau flacon « design », « au look » flatteur, fait de soi une personne intéressante et moderne. Ainsi, selon M. Le Fourn, « la pratique du boire est plus que jamais **sous le regard**, autant dans l'acte que dans l'effet de mémoire ». Elle évoque, pour illustrer ses propos, ces photos prises dans des moments d'ivresse extrême, photos qui montrent des adolescents ivres morts et qui sont exhibées sur le net ou bien encore transmises entre adolescents par « MMS ». **L'ivresse est ici « glorieuse » et renforce le narcissisme identitaire**. Il en est de même des bouteilles gardées et collectionnées comme autant de trophées.

Ainsi, les consommations excessives d'alcool, les états d'ivresse alcoolique, constituent non seulement pour l'adolescent un moyen d'affirmer sa différence vis-à-vis des adultes, son indépendance à leur égard, mais permettent également de renforcer ses assises narcissiques et identitaires.

6.3.2. Crise d'identité à l'adolescence

La notion de crise d'identité a été développée par E.H. Erikson [30]. Selon lui, cette crise est inévitable à l'adolescence, à une période de la vie où le corps se transforme, morphologiquement et physiologiquement. Comme nous l'avons vu précédemment, la puberté génitale submerge le corps et l'imagination avec toutes sortes d'impulsions. L'identité de l'adolescent doit faire face au risque d'une rupture imposée par le changement. La crise d'identité est liée à cette **quête d'un sentiment nouveau de continuité et d'unité** qui doit désormais inclure la maturité sexuelle. L'adolescent va réagir en fonction de son enfance et des différents éléments d'identité qu'il s'est déjà construite.

Les manifestations seront donc variables en fonction des adolescents. Quelle qu'en soit la forme, elle débouchera sur une **capacité de prise de distance, sur la délimitation d'un territoire d'intimité propre**. Pour E.H. Erikson, au cours de cette crise « l'identité doit être recherchée (...) et acquise à travers des efforts individuels intenses ».

6.3.3. Crise d'identité et consommation d'alcool

Ainsi, cette « mutation à haut risque » (P. Huerre et F. Marty [44]) pousse les adolescents à **rechercher les limites de leur nouvel univers**. Par l'intermédiaire de l'alcool et des « conduites de remplissage avide », ils explorent les limites de leur espace psychique (leur Moi) et celles leur espace social (la réalité externe).

En outre, comme nous l'avons mentionné précédemment (cf. p89), la recherche de stimuli externes serait, pour G. Michel, un moyen pour l'adolescent « d'apaiser les excitations internes qui nuisent à la construction de son sentiment d'identité » [71]. La recherche de stimulations intenses permettrait de délimiter le dedans du dehors et donc de **renforcer son sentiment d'identité**.

Enfin, l'alcool peut, à l'extrême, devenir un véritable emblème identitaire. Le risque alors est de ne plus pouvoir s'en passer, d'en devenir dépendant.

6.4. Alcool et processus de séparation-individuation à l'adolescence

6.4.1. Le second processus de séparation-individuation à l'adolescence

Le concept de séparation-individuation a été initialement développé par Margaret Mahler [66]. Cette dernière a étudié l'enfant dans son interaction avec sa mère et a observé son autonomisation progressive. Selon elle, ce processus commence à partir de 8-10 mois et va jusqu'à 2-3 ans. Progressivement, l'enfant se dégage de sa mère par internalisation.

Certains auteurs (P. Blos et J.F. Masterson par exemple) ont ainsi repris les concepts de Margaret Mahler, les ont transposés à l'adolescence et ont comparé le processus d'adolescence avec le processus de séparation du petit enfant décrit par cette dernière. Ils ont alors fait de l'adolescence « **un second processus de séparation-individuation** ».

Avec l'éveil pubertaire, la **réactivation de l'oedipe**, l'adolescent va progressivement « se dégager des objets internalisés pour aimer les objets extérieurs et extrafamiliaux » [67]. Il doit désinvestir les objets oedipiens identificatoires pour réinvestir de nouveaux objets substituts de ces objets primitifs qui deviendront eux-mêmes de nouveaux objets d'identification. A l'adolescence, un jeu identificatoire complexe s'opère. Les processus de séparation-individuation et d'identification sont intimement liés durant cette période de la vie. En **renonçant à ses objets oedipiens**, l'adolescent subit une réelle perte [72]. Il fait l'expérience du vide intérieur, de la tristesse qui accompagne tout **travail de deuil**.

6.4.2. Adolescence et travail de deuil

A l'adolescence, a donc lieu un « grand mouvement intrapsychique lié à l'expérience de séparation des personnes influentes de l'enfance, à un changement dans les modes relationnels, les projets et les plaisirs élaborés en commun, mouvement qui peut être rapproché d'un travail de deuil » [67].

Le travail de l'adolescence, comme celui du deuil, consiste donc en une « **perte d'objet** » au sens psychanalytique du terme, perte des « objets infantiles » [67] : perte de l'« objet

primitif» d'abord, puis perte de l'« objet oedipien » chargé d'amour, de haine et d'ambivalence. Une des tâches de l'adolescent sera donc de parvenir au détachement de l'autorité parentale.

Ce travail de « séparation », cette renonciation aux imagos parentales, peut être difficile à gérer et peut donc conduire à une **position dépressive inhérente au processus développemental**. L'adolescent se retrouve ainsi souvent partagé entre le désir d'autonomie et la difficulté à se séparer des imagos de l'enfance. Ceci se manifeste fréquemment par des conduites de repli, de rupture, d'opposition ou d'affirmation de soi.

6.4.3. Conduites d'alcoolisation à risque comme aménagement de ce processus

Selon Michel et al. [72], « l'engagement émotionnel dans les conduites à risque apparaît pour certains adolescents comme un moyen efficace pour **réduire cet affect négatif lié à la problématique séparation-individuation** ». La recherche de sensation, par l'apport d'éprouvés intenses qu'elle procure, viendrait donc combler ce vide narcissique ressenti alors par l'adolescent et éviterait la rencontre avec la dépression.

Par ailleurs, la prise de risque induite par de telles consommations permet aussi « de localiser et même d'identifier une angoisse en la rattachant à une situation, à un objet dangereux clairement identifié » [74]. L'angoisse devient alors identifiable et n'est plus diffuse comme les peurs liées à la problématique de séparation-individuation.

Dans cette perspective, les conduites d'alcoolisation à risque apparaissent comme « une **défense contre les tendances dépressives, comme un aménagement au vécu de la perte et de la séparation** » [72].

Ceci nous amène à évoquer plus précisément le lien qui peut se créer entre dépression et alcoolisation à l'adolescence et plus particulièrement comment la dépendance alcoolique peut constituer un évitement de la dépression.

6.5. Alcool et dépression à l'adolescence

6.5.1. Problème de la dépression à l'adolescence

La dépression peut être une manifestation affective réactionnelle à la perte d'objet ou à la perte d'amour de la part de cet objet. Comme cela a déjà été développé auparavant, elle peut être considérée comme l'expression d'une **souffrance traduisant une difficulté majeure à faire le deuil de l'objet**. Selon F. Marty [68], la dépression peut également être envisagée comme « **une tentative d'élaboration psychique de l'angoisse liée à cette perte d'objet** ». La dépression est alors appréhendée comme un **véritable travail psychique**.

Si S. Freud s'est davantage intéressé à la mélancolie comme pathologie du deuil, M. Klein et D.W. Winnicott se penchent, quant à eux, sur les « **modalités dépressives du lien à l'objet comme expression affective normale** éprouvée par l'enfant lorsqu'il est confronté à l'absence de l'objet primaire et surtout à sa propre agressivité destructrice vers cet objet, entraînant une culpabilité source de dépressivité » [68]. Cette **position dépressive** est donc à considérer comme un moment dépressif normal, inhérent au processus de maturation et distinct de la maladie dépressive. Elle dépend de la qualité des étayages narcissiques et de l'intériorisation des objets, de la solidité des défenses du Moi, de la façon dont l'expérience de séparation de l'objet primaire aura été vécue.

A l'adolescence, l'impact de ces expériences précoces entre en résonance avec la puberté et l'éprouvé de perte que l'adolescent vit alors [68]. L'élaboration psychique permet habituellement de surmonter ces difficultés. Ce n'est que quand ce travail psychique est en échec et que le pubertaire déborde les capacités de contenance psychique que la dépression clinique apparaît. Pour F. Marty, il s'agit d'une « solution dépressive constructive » car un certain mode de fonctionnement psychique est maintenu puisque le sujet « **reste en lien** (...) avec l'objet interne (...) l'objet dépressif ». Le sujet « s'agrippe » à l'objet pour ne pas subir sa perte dans une « **solution de nature addictive** ».

6.5.2. Alcool et stratégie face à la dépression

Avec la dépendance, l'objet externe, ici l'alcool, sert de « **prothèse de relation** » [68] et donne l'illusion d'être toujours à disposition. Cet objet alcool devient ainsi étayant mais au prix d'une dépendance à cet objet. Il « calme l'angoisse en saturant le manque » et empêche

le travail de la dépression en y « substituant un analgésique ». La consommation massive d'alcool permet une **anesthésie, un évitement de la douleur de penser, un évitement du travail de dépression.**

Ici, le registre sensoriel et perceptif est sollicité plutôt que celui de la représentation. De manière **régressive**, c'est le **monde des sensations qui domine**, celui du corps plutôt que de la psyché. Nous retrouvons là ce qui a été développé plus haut concernant la recherche de sensations comme moyen adaptatif du processus de séparation-individuation.

6.6. Alcool, automédication et apaisement des tensions

Ainsi, selon P.G. Coslin, la consommation abusive de boissons alcoolisées prend place sur le registre du corps [21]. Certains jeunes vont tenter de « soigner » par l'alcool la crise qu'ils traversent, leur consommation pouvant conduire à une alcoolisation chronique susceptible de devenir pathogène. Le bien être immédiatement ressenti après l'absorption d'alcool colmate l'angoisse ou un malaise interne.

6.6.1. Les moments sensibles

Plusieurs moments « sensibles » peuvent être décrits à l'installation de ces conduites autothérapeutiques [14]. Après une consommation conviviale, des événements de vie d'allure négative (rupture sentimentale, échec scolaire...) peuvent aboutir à l'installation d'une « petite consommation » [14] traduisant un investissement médiocre des processus de pensée. Si un effondrement psychique se produit avec échec des mécanismes d'adaptation et de défense, la consommation peut devenir auto-thérapeutique puis s'accroître reflétant alors le « besoin d'anesthésie de cette pensée afin de faire taire les brèves émergences d'angoisse ou de dépression ».

6.6.2. Apaisement des tensions

Comme le rappelle A. Birraux [9], « la prise d'alcool comme pare-excitations est un fait ». Selon D. Marcelli et A. Braconnier [67], l'apaisement des tensions est l'un des modèles pouvant expliquer la prévalence des conduites de consommation d'alcool chez les sujets présentant une impulsivité, une instabilité, une intolérance à la frustration ou des manifestations « limites ». Chez ces derniers, la carence des mécanismes de défense contre

l'angoisse, l'absence d'assises narcissiques solides et la crudité des fantasmes entraînent une tension difficile à apaiser et parfois intolérable.

6.6.3. Prise de risque et régulation émotionnelle

Selon G. Michel, les conduites d'alcoolisation à risques, de part leur proximité avec la mort, pourraient induire « d'intenses sensations pouvant permettre de satisfaire un fort besoin d'activation et/ou d'occulter un vécu négatif ». Comme nous l'avons déjà souligné, ces conduites pourraient donc s'interpréter comme un moyen de régulation émotionnelle, autothérapeutique.

6.6.4. Modèle de l'automédication

Ainsi, nous avons vu que la consommation d'alcool pouvait être liée à des affects négatifs, qu'ils soient du registre de la dépression, de l'anxiété, de l'impulsivité et constituerait donc un fonctionnement adaptatif. La consommation d'alcool servirait à des fins d'automédication en réduisant et en mettant à distance les affects négatifs.

Ce chapitre nous a donc permis de montrer comment les consommations d'alcool à l'adolescence, et notamment les consommations excessives conduisant à l'ivresse, faisaient écho aux vicissitudes de cette période de la vie. Cette consommation peut, certes, s'entendre le plus souvent comme une recherche d'expériences et/ou de limites (rites initiatiques, phénomène identitaire de groupe...). Mais nous avons également vu qu'il pouvait s'agir de conduites à risque s'inscrivant dans une recherche d'excès (conduites ordaliques), voire de véritables moyens d'automédication, d'apaisement des tensions et de régulation émotionnelle.

Lorsque ces conduites se répètent ou perdurent, le risque est l'évolution vers l'alcoolodépendance. Nous allons à présent nous intéresser aux risques évolutifs de telles consommations.

VII. Risques évolutifs des consommations excessives d'alcool à l'adolescence

Les ivresses aiguës à l'adolescence et les conduites d'alcoolisation au sens plus large, peuvent avoir, dans cette tranche d'âge, des conséquences immédiates graves comme nous l'avons déjà souligné auparavant. Mais qu'en est-il des conséquences à plus long terme ? Quel est le risque évolutif de ces conduites de consommation excessives d'alcool ? Quel est l'impact d'une consommation d'alcool précoce ?

Soulignons, une fois de plus, que les données à notre disposition sont essentiellement d'origine anglo-saxonne. Selon les études, l'intérêt est porté tantôt sur les risques évolutifs d'une consommation abusive d'alcool à l'adolescence, tantôt de manière plus spécifique, sur les risques évolutifs du Binge Drinking à l'adolescence. Nous n'avons retrouvé aucune étude spécifiant le risque évolutif des adolescents rencontrés pour intoxication alcoolique aiguë aux urgences.

7.1. Risques évolutifs des mésusages d'alcool à l'adolescence

7.1.1. Persistance de ces mésusages à l'âge adulte

Selon Elliott et al., **seuls 13% des jeunes adolescents ayant une consommation abusive d'alcool ont par la suite interrompu leur consommation à 17 ans** [27].

Dans l'étude de Mc Carty et al. [69], l'alcoolisation « nocive » (traduction littérale) est définie comme étant supérieure à 4 verres par jour chez l'homme et 2 verres par jour chez la femme. A notre sens et aux vues des définitions précisées dans notre second chapitre, cette définition nous paraît plus correspondre à celle d'usage à risque. Quoiqu'il en soit, cette consommation chez les adolescents serait associée significativement, dans cette étude, à une alcoolisation du même type à 30 et 31 ans mais uniquement chez les sujets de sexe masculin. Parmi eux, 14% de ceux présentant une consommation « nocive » d'alcool à l'adolescence poursuivent ce type de conduite d'alcoolisation à 30 et 31 ans alors que seulement 4% de leurs homologues ne présentant pas ce type de conduite d'alcoolisation à l'adolescence le deviennent alors.

Ainsi, ces deux études semblent indiquer **qu'un abus ou un usage à risque d'alcool à l'adolescence sont à fort risque d'être maintenus à l'âge adulte.**

7.1.2. Dépendance à l'âge adulte

Dans leur étude longitudinale [11], Bonomo et al. ont mis en évidence un lien entre alcoolodépendance au début de l'âge adulte et consommation fréquente d'alcool (trois jours ou plus de consommation d'alcool sur la précédente semaine) à l'adolescence. Dans cette étude, le **facteur qui paraît le plus prédictif d'alcoolodépendance au début de l'âge adulte est ainsi l'usage régulier et récréatif d'alcool durant l'adolescence.**

7.1.3. Comportements suicidaires

Dès 1989, dans une étude portant sur des adolescents scolarisés âgés de 16 à 19 ans, Levy et Deykin [63] ont noté que **ceux qui présentaient un abus d'alcool avaient 2,1 fois plus de risques de présenter des idées de suicide et de faire une tentative de suicide que les autres**, ce risque apparaissant plus important pour les garçons que pour les filles et plus important encore quand l'abus d'alcool s'accompagnait d'un diagnostic de dépression.

Dernièrement, une étude américaine réalisée sur 31 953 adolescents [95], a mis en évidence une association significative entre consommation massive d'alcool ou consommation d'alcool dans un contexte dépressif et risque de tentatives de suicide. Par ailleurs, cette étude a montré que **l'usage d'alcool durant une période de tristesse ou de dépressivité était un marqueur de conduite suicidaire chez les adolescents**, et cela avant même que ces derniers n'aient rapporté d'idéations suicidaires.

Pour d'autres, **l'abus d'alcool serait un facteur de risque de répétition des tentatives de suicide** et **l'association ivresses aiguës/tentatives de suicide apparaîtrait comme un indicateur du risque d'alcoolisme et/ou de suicide à l'âge adulte** [31].

7.2. Particularités des risques évolutifs du **Binge Drinking** à l'adolescence

Comme à chaque fois que nous évoquons ce phénomène, il convient de rappeler qu'il n'existe aucune uniformisation des définitions concernant le **Binge Drinking**. Toutefois, notre revue de la littérature nous a permis de mettre en évidence certaines tendances.

7.2.1. Persistance de ce phénomène à l'âge adulte

Pour Wechsler et al. [107], le **Binge Drinking à l'adolescence est l'un des facteurs les plus prédictifs du Binge Drinking chez les étudiants**. Ceci est également retrouvé dans l'étude de McCarty et ses collaborateurs [69], puisque pour eux le **Binge Drinking** (défini comme plus de 6 verres ou plus lors d'au moins une occasion lors du dernier mois) à la fin de l'adolescence serait associé au **Binge Drinking** aux âges de 30 et 31 ans et ce quelque soit le sexe de la personne. Ainsi, dans leur étude, la moitié des adolescents « binge drinkers » masculins et un tiers de leurs homologues féminines s'engagent dans des conduites de **Binge Drinking** au début de l'âge adulte, contre 19% pour les adolescents « non-binge drinkers » masculins et 8% des adolescentes « non-binge drinkers ».

7.2.2. Dépendance ultérieure à l'alcool

La plupart des études semblent s'accorder pour dire que le **Binge Drinking à l'adolescence serait prédictif d'un risque accru de dépendance à l'alcool à l'âge adulte**. Nous pouvons ainsi citer deux de ces études :

- celle de Bonomo et al., déjà citée précédemment, étude longitudinale réalisée de 1992 à 1998 sur 2000 sujets suivis de l'âge de 14-15 ans à 20-21 ans [11] ;
- celle de Viner et Taylor, longitudinale également, effectuée de 1986 à 2000 sur une cohorte de 11 622 sujets suivis de l'âge de 16 ans à 30 ans [106].

7.2.3. Autres risques évolutifs

L'étude de Viner et Taylor avait pour but d'évaluer le devenir à l'âge adulte des adolescents « binge-drinkers » [106]. Outre le risque accru de dépendance, ces auteurs ont également mis en évidence une **augmentation du risque de consommation de drogues illicites**, de **morbidité psychiatrique**, de **problèmes psychosociaux** (sans domicile fixe, bas niveau social, manque de qualifications, condamnations) à l'âge adulte.

7.2.4. Risques évolutifs en fonction de différentes trajectoires à l'adolescence

Hill et al. [42] se sont intéressés au devenir de « binge drinkers » de l'adolescence au début de l'âge adulte (21 ans). Ils ont réalisé une étude longitudinale prospective auprès d'adolescents âgés de 10 à 11 ans et ont cherché à décrire les conséquences d'une telle conduite d'alcoolisation sur le fonctionnement social, les comportements déviants et la santé mentale de ces personnes entrant dans l'âge adulte.

Les auteurs ont, au préalable, identifié quatre trajectoires distinctes de Binge Drinking à l'adolescence : les « **Non-bingers** » (aucune conduite de Binge Drinking durant l'adolescence), les « **Early Highs** » (adolescents adeptes du Binge Drinking de façon précoce et importante dès 13 ans, mais qui délaissent ce type de conduite progressivement à partir de 15 ans), les « **Increasers** » (qui débutent une conduite de Binge Drinking vers 14 ans, puis atteignent la fréquence de Binge Drinking la plus élevée des 4 groupes à la fin de l'adolescence) et les « **Late Onsetters** » (qui présentent une conduite de Binge Drinking modérée durant l'adolescence avec une accentuation en fréquence vers 16 ans).

En prenant en compte ces différentes catégories, ils ont ainsi mis en évidence des tendances évolutives positives ou négatives en fonction du paramètre étudié. D'une manière générale, leur étude montre qu'un **niveau élevé de Binge Drinking au début de l'adolescence (« Early Highs ») a des répercussions essentiellement d'ordre social à l'âge adulte** (réussite et l'intégration sociales). Quant à ceux qui présentent une telle conduite plus fréquemment à la fin de l'adolescence (« **Increasers** » et « **Late Onsetters** »), ils seraient **plus à risque de développer à l'âge adulte un abus ou une dépendance à l'alcool ou à d'autres produits.**

7.3. Age du début de la consommation d'alcool et risques évolutifs

7.3.1. Consommation précoce et mésusage ultérieur d'alcool

De nombreuses études ont montré qu'une consommation précoce d'alcool à l'adolescence était associée à un risque plus élevé de mésusage ultérieur d'alcool [24, 91].

Ainsi, pour Prescott et Kendler [91], cette **consommation précoce d'alcool est associée à un risque plus élevé d'abus et de dépendance** selon les définitions du DSM-IV. L'association entre alcoolisation précoce et risque de dépendance serait plus marquée chez les filles que chez les garçons selon ces auteurs.

Selon Grant et Dawson [36], plus de **40% des adolescents qui ont commencé à boire à 14 ans ou plus précocement ont ensuite développé une dépendance à l'alcool**. En comparaison, ceux ayant débuté leur consommation d'alcool à 20 ans ou plus ne sont devenus dépendants que dans 10% des cas selon cette même étude.

Pour d'autres encore, non seulement une expérimentation d'alcool précoce mais aussi une **première intoxication éthylique aiguë survenant le plus tôt possible sont de forts facteurs prédictifs d'abus d'alcool ultérieur [43]**.

7.3.2. Consommation précoce et risque suicidaire

Des études récentes ont souligné l'influence de l'âge dans les associations entre consommation d'alcool et risque suicidaire. Ainsi, l'usage d'alcool à l'adolescence serait certes un facteur de risque important d'idéation suicidaire et de tentative de suicide, mais cela d'autant plus que l'initiation alcoolique aurait eu lieu dans la préadolescence [104]. Selon une autre étude portant sur 32 217 élèves, la consommation massive d'alcool serait un facteur de risque de comportement suicidaire d'autant plus marqué chez les jeunes adolescents [6].

Toutes ces études tendent donc à mettre en évidence l'impact potentiel, à long terme, d'un mésusage d'alcool à l'adolescence et notamment l'impact de consommations d'alcool à risque, telle les conduites de Binge Drinking. Ce risque serait d'autant plus important que la consommation d'alcool aurait commencé tôt. Une prévention et une prise en charge adaptées des mésusages d'alcool à l'adolescence s'imposent donc. Des recommandations existent d'ailleurs en France concernant la prise en charge de ces adolescents consommateurs d'alcool comme nous allons le développer à présent.

VIII. Recommandations et conduite à tenir

8.1. Généralités : Abord thérapeutique d'un adolescent consommateur d'alcool

La plupart des auteurs s'accordent sur un fait : la nécessité de réaliser au préalable une évaluation globale de la situation de l'adolescent. En aucun cas il ne faudra se focaliser uniquement sur le seul produit et ses effets somatiques.

8.1.1. De la nécessité d'effectuer une évaluation globale

Au-delà de l'état physique du sujet et du produit consommé (quantité, durée, effets, tolérance, etc...), il est ainsi suggéré d'évaluer [14] :

- l'équilibre psychique et les principaux symptômes de souffrance psychique
- la dynamique familiale
- le cadre social et environnemental
- les principales modifications (individuelles et familiales) apparues depuis le début de la consommation
- les symptômes qui précédaient éventuellement le début de la consommation
- les consommations associées d'autres produits [101].

La prise en charge doit être **globale** : **l'ensemble des difficultés de l'adolescent doivent être prises en compte** afin d'aboutir à une modification des modes de consommation. De plus, l'adolescent est sensible à ce type de prise en charge « qui évite la culpabilisation et la simplification » [2].

8.1.2. Quelle attitude adopter ?

Cette évaluation doit « permettre un engagement relationnel sincère entre le jeune et le consultant » [14]. D'après Carty et al. [14], les attitudes autoritaires et « surmoïques » sont à proscrire car elles risquent de mettre à mal la relation de soin entre le patient et son thérapeute. Pour autant, l'évaluation initiale doit permettre **d'éviter la banalisation**.

Comme nous l'avons décrit précédemment, il existe différents types de conduites d'alcoolisation à l'adolescence qui ne nécessiteront donc pas le même type d'approche ou de prise en charge chacune.

8.2. Consommation récréative et prévention

8.2.1. Consommation récréative

Telle qu'elle est définie par Marcelli et Braconnier, la consommation récréative et festive est essentiellement un mode d'intégration au monde des adultes.

A ce stade, il s'agit d'abord d'une **information sur l'alcool** et d'une **évaluation du retentissement** familial, scolaire et social de la consommation [14]. Pour Marcelli et Braconnier [67], il serait préférable, dans ce type de situation, que ce soit les médecins scolaires, généralistes ou de famille qui interviennent plutôt que le psychologue ou le psychiatre. Le travail de prévention est ici primordial, notamment dans le cadre des collèges et des lycées.

8.2.2. Prévention

Comme le rappelle l'ANAES [2], la prévention globale de l'alcoolisation des adolescents est un « objectif primordial de santé publique ».

L'adolescent serait plus mobilisable que l'adulte et sûrement moins fixé dans sa « dépendance », d'où l'intérêt de cette prévention. Pour l'ANAES, « l'identification des situations à risque peut permettre une aide avant les actes d'alcoolisation ou de suicide » [2].

Aussi, selon la Société Française d'Alcoologie [101], **tout adolescent vu en pratique courante (bilan de santé, consultation en urgence pour un traumatisme) devrait bénéficier d'un dépistage portant sur sa consommation de substances**. Selon la SFA, ce travail de dépistage pourrait être effectué par les médecins urgentistes mais aussi par le personnel de santé scolaire, par des travailleurs sociaux et des éducateurs.

Ces actions de prévention doivent prendre en compte les familles, « important vecteur de prévention » [47].

Concernant les objectifs de cette prévention, les avis divergent. L'ANAES souligne la nécessité d'une « politique visant une abstinence complète des adolescents » [2]. Elle justifie cela par les conséquences dramatiques des IAA même festives. Pour d'autres, cela paraît moins évident. Pour G. Coslin [21], par exemple, « toute prise modérée de boissons alcoolisées n'est pas à proscrire » car, rappelle-t-il, la transgression des interdits est l'une des caractéristiques de l'adolescence. De plus, la consommation modérée est considérée comme un critère d'intégration sociale [47].

Quoiqu'il en soit, les mesures économiques telles que diminuer l'accès à l'alcool en augmentant son prix ou en limitant l'âge légal sont préconisées [47]. Ainsi, les députés français ont voté dernièrement l'interdiction de la vente d'alcool aux moins de 18 ans dans le cadre du volet prévention et santé publique de la loi Bachelot. Auparavant, le système réglementaire français sur l'accès des mineurs aux boissons alcooliques était relativement compliqué mettant en jeu deux limites d'âge (16 et 18 ans), deux modalités d'achat (consommation sur place ou « à emporter ») et deux catégories de produits. Ceci laissait place alors à de nombreuses interprétations personnelles de la part des débitants [55].

8.3. Prise en charge des mésusages d'alcool à l'adolescence

Nous ne traiterons pas, dans ce paragraphe, de la prise en charge de la dépendance à l'alcool à l'adolescence, du fait de la rareté de ce phénomène à cet âge de la vie. De plus, l'abord thérapeutique de ce type de patients rejoint, en fait, celui des adultes [14].

8.3.1. Généralités

Pour la Société Française d'Alcoologie, **tout adolescent chez qui on suspecte un mésusage d'alcool mérite une investigation sur au moins deux entretiens distants d'une ou deux semaines [101]**. L'investigation peut être effectuée soit par un médecin généraliste formé à l'abord des adolescents et à l'investigation de l'usage de substances, soit par un spécialiste en santé mentale. **Dans les situations à la limite du mésusage, un suivi à moyen terme (3 à 6 mois) doit systématiquement être proposé.**

Pour repérer ces consommations problématiques, la Haute Autorité de Santé (HAS) a conseillé en 2007 [38] une large diffusion d'un outil d'auto-évaluation, l'**ADOSPA** (cf. encadré 6) . Il s'agit de la version française du questionnaire CRAFFT, construit et validé

aux Etats-Unis, pour dépister précocement les usages nocifs de diverses substances addictives (cannabis, alcool, autres produits) chez les adolescents [54]. Selon les concepteurs du CRAFFT, une réponse positive ou plus nécessite une évaluation approfondie par le clinicien [52].

ADOSPA est l'acronyme français correspondant aux items suivants : Auto /moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis/famille. Sa passation dure environ 1 minute. Selon Karila et al. [54], en population générale, un score supérieur ou égal à 2 indique un risque modéré d'usage nocif de substances psychoactives et un score de 3 ou plus un risque élevé d'un tel usage.

Encadré 6 : Questionnaire CRAFFT-ADOSPA

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (Auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?
2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous **Détendre**, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
3. Avez-vous **Oublié** des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes **Seul(e)** ?
5. Avez-vous déjà eu des **Problèmes** en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos **Amis** ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Selon Picherot et al. [90], « devant une alcoolisation problématique repérée sans hospitalisation, l'orientation vers une prise en charge de type thérapie brève en unité pédopsychiatrique ou en unité d'addiction adaptée à l'adolescent est souhaitable ». Aussi selon la HAS, « les structures d'addictologie doivent s'adapter aux spécificités de l'adolescent et les structures de prise en charge des adolescents aux spécificités de l'addictologie : travail en réseau, formation commune, échanges de pratique, formation des professionnels aux thérapies familiales » [38].

L'ANAES [3] précise que l'orientation vers une association d'entraide (groupe d'alcooliques ou anciens alcooliques) ne semble pas souhaitable à cet âge car « il apparaît dangereux d'identifier l'adolescent à un groupe, au risque de fixer la pathologie ».

Quant aux modalités thérapeutiques validées, l'HAS cite les interventions brèves et les thérapies familiales. D'autres rappellent également l'intérêt des thérapies cognitivo-comportementales et des psychothérapies d'inspiration analytique [7].

8.3.2. Cas particulier de la consommation auto-thérapeutique

Selon Marcelli et Braconnier [67], le risque d'une telle consommation est de mettre en avant prioritairement le problème de la consommation d'alcool au détriment des problèmes psychopathologiques sous-jacents. Devant une consommation auto-thérapeutique, une double approche psychiatrique et psychothérapeutique doit être entreprise.

Le thérapeute tachera, après avoir gagné la confiance du patient, de l'amener à verbaliser, à penser. Devant le déficit narcissique fréquent chez ce type d'adolescents et leur discours négatif, le thérapeute essaiera « de développer une argumentation qui va minorer ou laisser de côté les idées négatives et renforcer ou investir d'intérêt les pensées positives » [14].

Selon Catry et al. [14], « il est souhaitable d'attendre le moment opportun pour proposer à un jeune présentant des conduites d'alcoolisation auto-thérapeutique une alternative médicamenteuse à sa consommation », en l'occurrence des antidépresseurs. Par ailleurs, ces auteurs préconisent que thérapeute et médecin prescripteur soient bien différenciés afin d'éviter « d'accroître la dépendance du patient à l'égard du consultant ». Enfin, ils insistent sur la nécessité de rendre ces sujets actifs de leur prise en charge en laissant, par exemple, ces adolescents prendre eux-mêmes rendez-vous auprès du prescripteur.

8.4. Prise en charge de l'IAA de l'adolescent aux urgences

Selon les recommandations de l'ANAES [3], « une intoxication éthylique aiguë de l'adolescent conduisant à une admission en service d'urgences ne doit pas être banalisée ». Lorsque les ivresses sont précoces, répétées, visant une « défonce » massive, ayant des conséquences médicales, telles l'admission aux urgences, « il est alors légitime de considérer qu'il s'agit de consommations pathologiques, différentes de la simple euphorie festive » [2].

Aussi, l'ANAES recommande-t-elle **l'hospitalisation de ces adolescents au minimum pendant 72 heures** [3]. L'ANAES préconise également que cette structure d'hospitalisation soit une « **structure spécialisée pour l'accueil des adolescents** », sans précision du caractère pédiatrique ou pédopsychiatrique de la dite structure.

Pour l'ANAES, en fait, « **la prise en charge recommandée pour ces adolescents est similaire à celle des adolescents ayant fait une tentative de suicide, l'association étant souvent observée (20 à 30% des cas)** » [3].

Cette hospitalisation doit permettre :

- une surveillance somatique initiale,
- une évaluation médico-psychosociale,
- et enfin une prise en charge adaptée.

L'évaluation psychologique et sociale doit rechercher les éléments sociaux, familiaux, scolaires, biographiques, les conditions de l'IAA, les autres conduites à risque, la recherche d'épisodes identiques, d'antécédents psychiatriques et d'autres addictions.

Après l'hospitalisation, l'ANAES propose une prise en charge ambulatoire « du type de celles qui sont effectuées en cas de TS », comme par exemple, dans des centres médico-psychologiques. L'ANAES insiste également sur la nécessité « de présenter ce lieu de suite au cours de l'hospitalisation ».

Enfin, le travail avec l'entourage permet la prévention de la récurrence. La revalorisation parentale, le rétablissement d'une confiance dans l'avenir social permettent de diminuer la prise de risques [2].

2^{ème} PARTIE : ETUDE ET RESULTATS

I. Présentation de l'étude

Notre étude concerne les adolescents pris en charge pour Intoxication Alcoolique Aiguë (IAA) par les services de pédiatrie et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy-Brabois sur une période d'un an.

Durant nos 2 semestres de stage dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, nous avons été intriguée par le nombre important de ces jeunes adolescents arrivant au POSU avec des alcoolémies élevées, parfois dans un état comateux, ou dans un état d'agitation psychomotrice nécessitant une sédation et parfois des contentions. Quelle attitude adopter ?

Selon l'ANAES, « une intoxication éthylique aiguë de l'adolescent conduisant à une admission en Service d'Urgence ne doit pas être banalisée ». Cet adolescent serait très souvent dans une « situation de crise révélant une perturbation psychosociale importante ». Pour l'ANAES, cette situation serait « en fait comparable aux tentatives de suicide ».

Qu'en était-il dans notre établissement nancéen ? Quelle prise en charge proposer aux adolescents rencontrés ?

1.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de décrire d'une part, les caractéristiques d'une population d'adolescents consultant dans un Service d'Urgences pour IAA, et d'autre part de décrire la prise en charge proposée ; puis de comparer ces données à celles de la littérature.

Les objectifs secondaires sont d'appréhender le devenir à court terme (dans les 6 et 12 mois suivant l'épisode) de ces adolescents en terme de récurrences d'IAA et/ou de pathologies pédopsychiatriques. En d'autres termes, quel est le profil évolutif à court terme de l'IAA, à l'instar des tentatives de suicides dont le risque de récurrences serait accru dans les trois mois à un an qui suivent l'épisode index [10, 18, 94] ?

L'analyse des données de cette étude contribuera à l'évaluation de nos pratiques et nous permettra de proposer, si besoin, des mesures d'amélioration de la prise en charge des IAA de l'adolescent à l'Hôpital d'Enfants de Brabois.

1.2. Méthodologie

1.2.1. Type d'étude

Notre travail se base sur une étude épidémiologique **rétrospective monocentrique** mettant en exergue les caractéristiques des IAA chez des adolescents et **transversale descriptive** évaluant le devenir à court terme de ces adolescents.

La partie rétrospective correspond aux données recueillies dans les dossiers médicaux de chaque patient lors de la prise en charge initiale de l'épisode d'IAA.

La partie transversale descriptive correspond, quant à elle, aux données recueillies par l'intermédiaire d'un logiciel informatique des structures de soins susceptibles d'être fréquentées par ces adolescents.

1.2.2. Population étudiée

La population étudiée est constituée d'adolescents ayant présenté un épisode d'IAA et s'étant présentés dans un Service d'Urgences. L'IAA est définie selon les critères diagnostiques de la CIM-10.

Nous nous sommes intéressés à 31 adolescents pris en charge par le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital d'enfants du C.H.U de Nancy-Brabois dans les suites immédiates d'une intoxication éthylique aiguë et après leur passage au POSU durant la période de mai 2007 à avril 2008.

Ces patients avaient été rencontrés dans le cadre de la consultation de liaison pédopsychiatrique et/ou dans le cadre de la permanence de soins, voire avaient bénéficié d'une hospitalisation dans le service même de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Ces patients avaient été adressés aux pédopsychiatres, pour la plupart d'entre eux, par les pédiatres de l'hôpital d'enfants après leur admission en urgence via le POSU de cet

établissement. Certains avaient été examinés dans d'autres POSU du département de Meurthe et Moselle puis adressés dans un second temps, pour avis, auprès des pédopsychiatres.

La période prise en considération correspond donc à une période de 12 mois, période durant laquelle nous avons-nous même été interne dans cet établissement.

◆ Nous retiendrons donc comme critères d'inclusion :

- le diagnostic d'**IAA** selon les critères de la **CIM-10 (F10.0)** et/ou celui d'**auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool (X65.x)** codés en diagnostic principal dans le logiciel informatique CIMAISE en vigueur dans le service de pédopsychiatrie ;
- l'âge compris entre **12 et 18 ans** ;
- l'IAA s'étant produite entre le **1^{ier} mai 2007 et le 30 avril 2008 inclus** ;
- la prise en charge par un Service d'Urgences **et** par le service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital d'enfants de Brabois.

1.2.3. Terminologie

L'**IAA index** est la première IAA de l'intervalle mai 2007-avril 2008 ayant conduit au passage aux urgences et à la rencontre avec les pédopsychiatres.

Les **IAA non compliquées** et **compliquées** seront distinguées selon les définitions proposées par A. Ellrodt et citées p45.

L'**usage régulier** d'alcool sera défini comme le fait d'avoir consommé de l'alcool au moins 10 fois sur les 30 derniers jours.

La **consommation occasionnelle** d'alcool sera définie comme une consommation d'alcool 1 à 9 fois par mois.

La **consommation modérée** d'alcool correspondra à une consommation inférieure à 5 verres en une seule occasion.

La **consommation massive** d'alcool correspondra à une consommation supérieure ou égale à ce dernier seuil.

1.2.4. Données et modalités de recueil

1.2.4.1. Partie rétrospective de l'étude

La partie rétrospective de l'étude s'intéresse à la période de diagnostic et de prise en charge de l'IAA index. La liste des patients rencontrés par l'équipe de pédopsychiatrie pour IAA sur l'Hôpital d'Enfants de Nancy nous a été fournie par le D.I.M du Centre Psychothérapique de Nancy (C.P.N.). L'outil utilisé est le logiciel CIMAISE dans lequel sont précisés les diagnostics des patients rencontrés codés selon la CIM-10.

Les données ont ensuite été recueillies après examen des dossiers pédiatriques et pédopsychiatriques de l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy-Brabois des sujets inclus qu'il s'agisse de données issues du dossier médical ou des observations infirmières en cas d'hospitalisation. Les informations issues des dossiers de pédopsychiatrie ont été rapportées lors d'entretiens individuels avec l'adolescent et, lorsque les parents ont été rencontrés, lors d'entretiens réalisés en présence de ces derniers.

Les données recueillies pour cette partie comprennent :

- *des données administratives* : nom, prénom, sexe, date de naissance, adresse ;
- *des données sur l'épisode d'IAA* : heure rapportée de la prise d'alcool, lieu de la consommation d'alcool, personnes avec qui l'adolescent a consommé de l'alcool, type d'alcool consommé, autres produits consommés de manière concomitante, quantité absorbée présumée, alcoolémie moyenne, complications somatiques, but recherché, critique de l'épisode, comorbidités liées à l'IAA ;
- *les antécédents personnels* : antécédents d'IAA, âge de la première IAA, modalités de consommation habituelle d'alcool, autres consommations de toxiques, autres conduites à risque, antécédents de scarification, antécédents psychiatriques autres, antécédent de suivi psychiatrique, dimensions de personnalité ;
- *la situation socio-familiale des sujets inclus* : structuration familiale, domiciliation du sujet, situation scolaire et professionnelle, résultats scolaires, vie sociale, activité professionnelle des parents ;
- *les antécédents familiaux* : conduites d'alcoolisation chez les pères et chez les mères des sujets, antécédents psychiatriques autres ;
- *la prise en charge* : les modalités de prise en charge après le passage au POSU, le suivi proposé à distance.

1.2.4.2. Partie transversale de l'étude

Cette partie correspond à l'évaluation du devenir à court terme des sujets inclus, 6 mois puis 12 mois après l'IAA index en terme :

- de récurrence d'IAA,
- de tentative de suicide,
- d'autres types de comportement à risque,
- de manifestations psychiatriques autres,
- d'hospitalisation en psychiatrie.

Le recueil d'informations a été réalisé, dans un premier temps, par l'intermédiaire du logiciel CIMAISE utilisé au C.P.N. Ce logiciel est commun à tous les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie adulte du grand Nancy et concerne donc la grande majorité des sujets inclus. Il permet, d'une part, de dresser l'historique complet des actes délivrés ou non à un sujet donné par ces différents secteurs de psychiatrie rattachés au C.P.N. (consultations, hospitalisations). D'autre part, nous disposons également, grâce à ce logiciel, des dossiers informatisés des patients. L'utilisation de ce logiciel dans cette perspective a été possible après obtention de l'autorisation du D.I.M.

Dans un second temps, nous avons complété les informations obtenues par l'intermédiaire de ce logiciel par appel téléphonique direct aux thérapeutes ayant pris en charge l'adolescent dans les suites de l'IAA index. Toutes ces démarches ont été effectuées dans le plus strict respect de l'anonymat et de la confidentialité.

Ainsi, pour les patients à qui un suivi ambulatoire dans un de ces secteurs du C.P.N. avait été proposé et entamé (ou dont le suivi en cours avait été poursuivi), nous cherchions à savoir si des événements intercurrents étaient venus émailler leur prise en charge (nouvelle IAA, tentative de suicide, autre comportement à risque, apparition d'une nouvelle symptomatologie pédopsychiatrique, hospitalisation en psychiatrie) dans les 6 mois puis 12 mois suivant l'IAA index. Un premier recueil d'information a été réalisé par analyse des dossiers informatisés. Un deuxième temps de notre recueil s'est effectué par appel téléphonique au professionnel prenant en charge l'adolescent lorsque le dossier n'était pas suffisamment informatif.

Pour ceux ayant entamé un suivi ambulatoire dans le privé ou dans d'autres secteurs de psychiatrie infanto-juvénile autres que ceux dépendant du C.P.N., le logiciel CIMAISE nous permettait de vérifier si ces adolescents avaient été hospitalisés par la suite ou non dans un des services du C.P.N. Par ailleurs, les données recueillies par téléphone auprès du thérapeute ayant en charge l'adolescent nous permettaient, ensuite, de compléter ces informations.

Pour les sujets inclus pour qui un suivi n'avait pas été jugé nécessaire ou qui n'avaient pas pris rendez-vous comme conseillé, nous cherchions à savoir si ils avaient été revus en consultation de psychiatrie dans un des secteurs dépendants du C.P.N. (dans le cadre du secteur, de la liaison psychiatrique ou de l'hospitalisation) dans les 6 mois puis 12 mois suivant l'IAA index et le motif de cette nouvelle rencontre.

II. Résultats : Analyse de la population

Nous avons inclus 31 sujets dans notre étude selon les critères cités précédemment. Un sujet a été exclu car il existait une discordance entre le diagnostic retenu dans le logiciel CIMAISE (F10.0) et les informations recueillies dans le dossier du patient qui ne relataient nullement l'épisode d'Intoxication Alcoolique Aiguë (IAA).

Notre étude porte donc sur 31 adolescents rencontrés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy par l'équipe de pédopsychiatrie dans les suites immédiates d'une IAA s'étant produite entre les mois de mai 2007 et avril 2008.

La rencontre avec ces adolescents a majoritairement fait suite à une admission au POSU de l'Hôpital d'Enfants de Brabois (pour 29 d'entre eux). Dans une situation, une jeune patiente avait été initialement prise en charge par le service d'Urgences d'un établissement périphérique (POSU de Lunéville). Enfin, un seul patient nous avait été adressé par un collègue de l'U.A.U.P. qui avait rencontré l'adolescente dans le Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Central du C.H.U. de Nancy.

Les caractéristiques de ces patients lors de leur rencontre avec le pédopsychiatre sont décrites en pourcentages et en valeurs absolues pour les variables qualitatives et par des moyennes et des écarts-types pour les variables quantitatives.

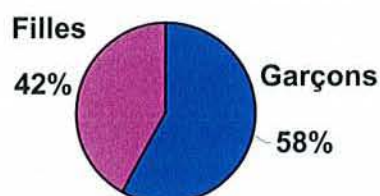
Lorsque l'information n'est pas retrouvée dans le dossier du patient, l'expression « *non précisé* » sera utilisée.

Lorsque cette information n'est pas connue de l'adolescent, le terme « *inconnu* » sera employé.

2.1. Caractéristiques démographiques

2.1.1. Répartition par sexe

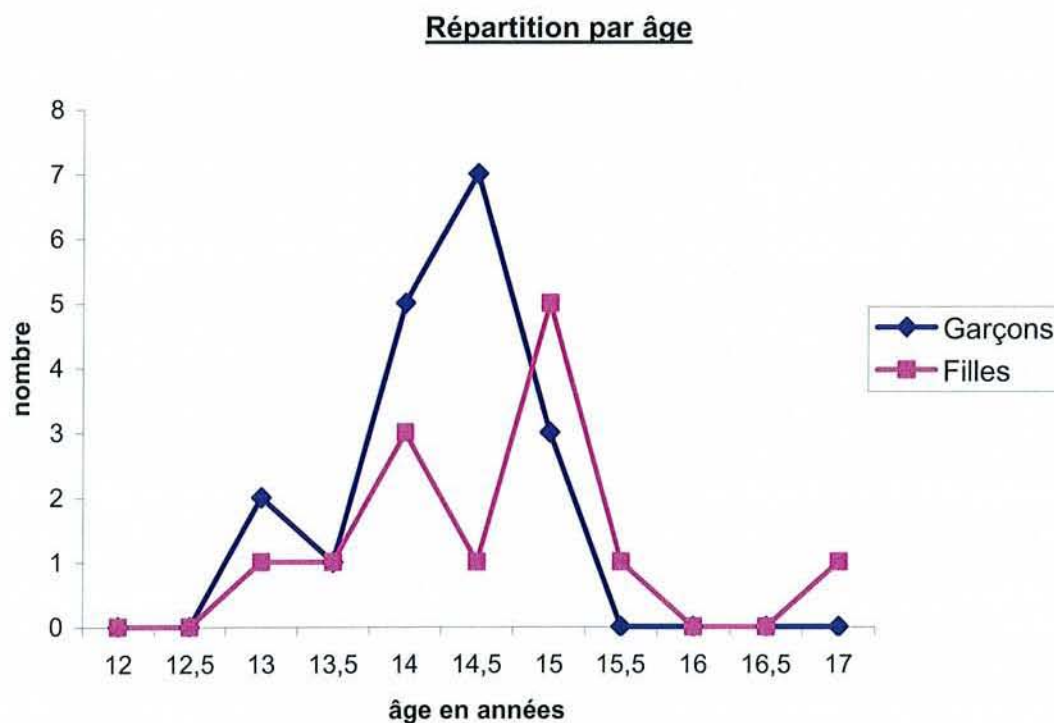
Parmi les 31 sujets inclus dans l'étude, il y avait 18 garçons pour 13 filles, soit un **sex-ratio** de 1,38.



2.1.2. Répartition par âge

L'âge moyen au moment de la consultation auprès du pédopsychiatre était de **14,4 ans** avec un écart-type de 0,80. Les âges extrêmes étaient 13 et 17 ans.

La répartition par âge est illustrée ci-dessous.



La répartition par âge en fonction du sexe montre donc, dans notre étude, que les garçons sont globalement plus jeunes que les filles puisque 83% d'entre eux ont moins de 15 ans contre 46% des filles.

2.2. Description de l'épisode d'intoxication alcoolique aiguë

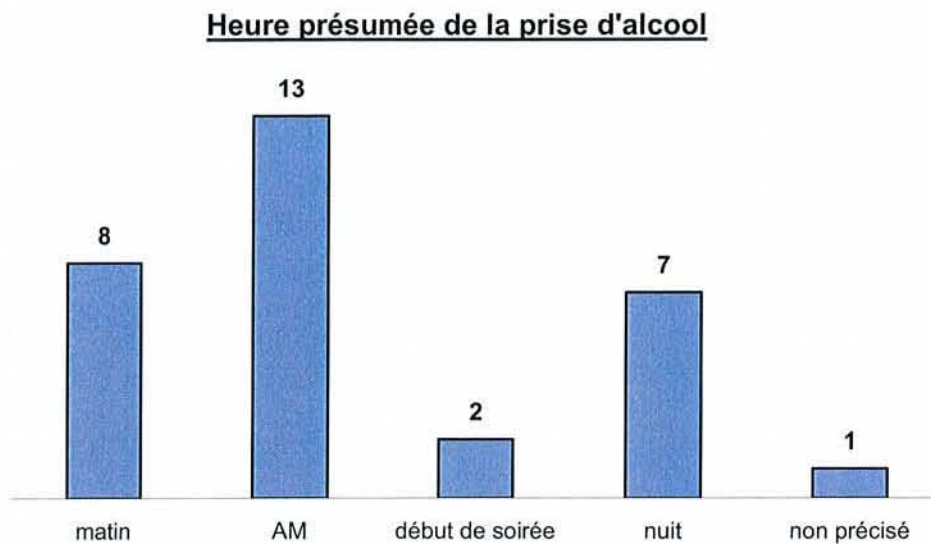
2.2.1. Heure présumée de la prise d'alcool

Dans notre échantillon, la prise d'alcool a lieu le plus souvent durant la **journée** (21 sujets) et plus majoritairement l'**après-midi**, entre 12 et 19 heures (13 sujets, soit 42%).

26% des adolescents de notre étude (n=8) ont consommé le matin.

22,5% ont consommé la nuit, au-delà de 21 heures (n=7).

Dans un cas, nous n'avons pas retrouvé cette information dans le dossier du patient (« non précisé »).



2.2.2. Lieu de la consommation

Dans notre échantillon, le lieu de la consommation est majoritairement l'**extérieur** (65%), qu'il s'agisse de la rue ou des parcs municipaux.

Le domicile familial est rarement cité (13%). De même, seuls 13% des sujets inclus ont consommé de l'alcool au collège ou au lycée. Dans un cas, la consommation a eu lieu dans le foyer où résidait la patiente qui y était placée sur décision de justice.

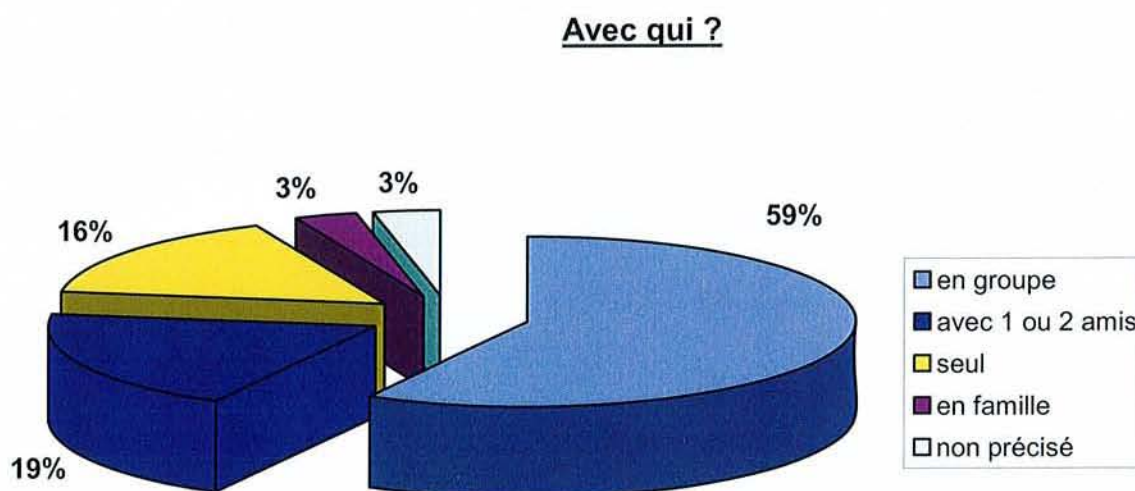
Dans 2 cas, cet élément n'est pas mentionné dans les dossiers des patients.

2.2.3. Avec qui ?

L'alcool est principalement consommé **avec des amis en groupe** de plus de 3 personnes (**59%**), ou en comité restreint avec seulement 1 ou 2 amis (19%).

Mais l'alcool est aussi **consommé seul pour 16%** d'entre eux. A noter que ces consommations solitaires ne concernent **que les filles**.

Le graphique suivant illustre ces données.



2.2.4. Types d'alcools consommés

Dans 6% des cas (n=2), l'information était manquante dans les dossiers.

Tous les autres patients (n=29) avaient consommé des alcools forts. Seuls 4 patients sur 29 avaient consommé plusieurs types de produits en plus des alcools forts.

Ainsi, le type d'alcool consommé lors de ces intoxications alcooliques aiguës est principalement **l'alcool fort (93%)**. Puis viennent la bière (6%), puis les prémix et le vin, respectivement 3% chacun. Dans notre étude, aucun des sujets inclus n'avait consommé de champagne.

2.2.5. Autres produits consommés de manière concomitante

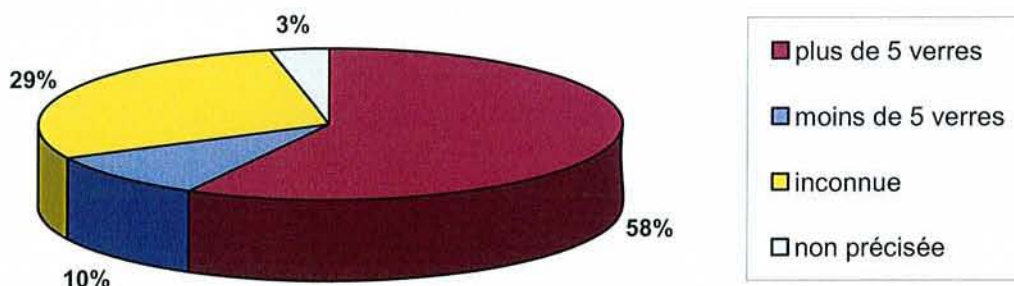
L'alcool est **le plus souvent consommé seul** lors de l'épisode d'IAA. Pour 2 adolescents, cette consommation s'associe à celle de cannabis.

2.2.6. Quantité d'alcool présumée consommée

Nous avons choisi la limite de 5 verres, en référence à la définition communément admise du Binge Drinking (cf. p57). Nous avons ainsi distingué ceux ayant consommé moins de 5 verres et ceux ayant consommé 5 verres ou plus.

A noter, pour ce paramètre, qu'un **nombre important de sujets (n=9) ne se souvenaient plus de la quantité** qu'ils avaient consommée, ce que nous avons traduit par le terme « inconnu ». Le graphique ci-dessous résume les principaux résultats retrouvés.

Quantité d'alcool consommée lors de l'épisode d'IAA



Ainsi, **58%** des sujets inclus dans notre étude avaient **consommé 5 verres ou plus** et **29%** étaient **incapables de quantifier** cette consommation.

Globalement, donc, la **quantité absorbée est importante**.

2.2.7. Alcoolémie moyenne

L'alcoolémie à l'arrivée était précisée dans tous les dossiers sauf 1.

L'alcoolémie moyenne est de **1,86 g/L** avec un écart type de 0,53.

2.2.8. Complications somatiques

Les problèmes cliniques accompagnant l'IAA sont dominés par les troubles neurologiques de type **altération de la vigilance/somnolence** que l'on retrouve chez **51%** des patients.

Six patients (19% des sujets inclus) présentent une **agitation psychomotrice et/ou agressivité** nécessitant pour la moitié d'entre eux une sédation voire des contentions physiques. **Deux patients (6%)** ont un **trouble métabolique** (hypoglycémie ou hypothermie) et **3 patients (9%)** ont un **score de Glasgow < 8 (coma)** à leur arrivée au P.O.S.U.

Ainsi, les IAA compliquées concernent 34% des patients inclus dans notre étude.

2.2.9. But recherché lors de l'IAA

Interrogés sur les raisons de leur consommation, les adolescents ont des réponses variées :

- « pour s'amuser » selon certains (consommation à visée **festive**),
- « pour faire comme les autres » (**identification au groupe**),
- « pour essayer, par curiosité » (**recherche de nouveauté**),
- « pour voir ce que ça fait » (**recherche de sensations, de danger**).

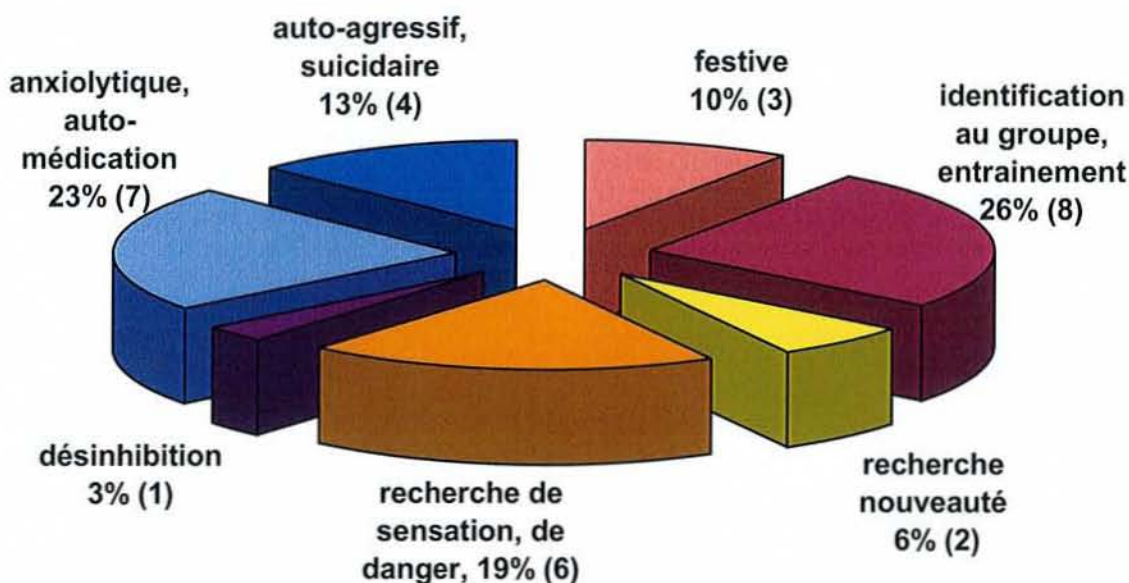
Parfois, c'est l'**effet désinhibiteur** de l'alcool qui est recherché.

Le « but » rapporté peut également être de nature anxiolytique (ou plus globalement visée auto-thérapeutique, **automédication**).

Enfin dans certains cas, il peut s'agir d'un acte **auto-agressif**, parfois destiné à faire réagir l'entourage, voire un équivalent suicidaire.

Ainsi, après lecture des dossiers, nous avons décidé de distinguer 7 catégories de « buts » rapportés en nous basant sur les réponses des adolescents. Le graphique suivant schématise les résultats obtenus dans notre étude.

But rapporté



Notons que ces catégories peuvent être regroupées en plusieurs sous-ensembles parmi lesquels les consommations à visée :

- **récréative et conviviale** (consommation festive et identification au groupe) qui concernent **36%** de notre population ;
- **recherche de sensation et de nouveauté (25%)** ;
- **auto-thérapeutique et auto-agressive (36%)**.

Des différences sont à noter en fonction du sexe de l'adolescent :

- la **consommation à visée récréative et conviviale concerne majoritairement les garçons (à 82%)** ;
- la **recherche de danger** est principalement le fait des garçons (4 garçons versus 2 filles, soit **67%** de garçons) ;
- la **fonction auto-thérapeutique est plus fréquente chez les filles (71%)**.

Aucune différence entre les sexes n'est retrouvée concernant la recherche de nouveauté ou la fonction auto-agressive.

2.2.10. Critique

74% des adolescents inclus dans notre étude critiquent leur consommation d'alcool. Dans 26% des cas, cependant, l'IAA est banalisée.

2.2.11. Comorbidités psychiatriques associées à l'IAA

Une comorbidité psychiatrique n'est cotée par le soignant (« diagnostic associés » se basant sur la CIM-10) **que dans 22% des cas** dans notre étude (n=7).

Le plus souvent, il s'agit de **troubles des conduites** (F91) pour 4 patients (13%) ou de **troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels** (F92) pour 2 autres patients (6%).

Chez un patient, nous retrouvons à la fois la notion de rivalité fraternelle et d'anxiété sociale.

◆ Pour conclure, dans notre étude les IAA ont lieu le plus fréquemment :

- **l'après-midi,**
- **à l'extérieur,**
- **avec des amis.**

◆ Le plus souvent, les adolescents consomment :

- **des alcools forts,**
- **sans autres produits** de manière concomitante,
- **en quantité importante,**
- **à l'origine d'alcoolémies élevées.**

2.3. Antécédents personnels

2.3.1. Antécédents d'IAA

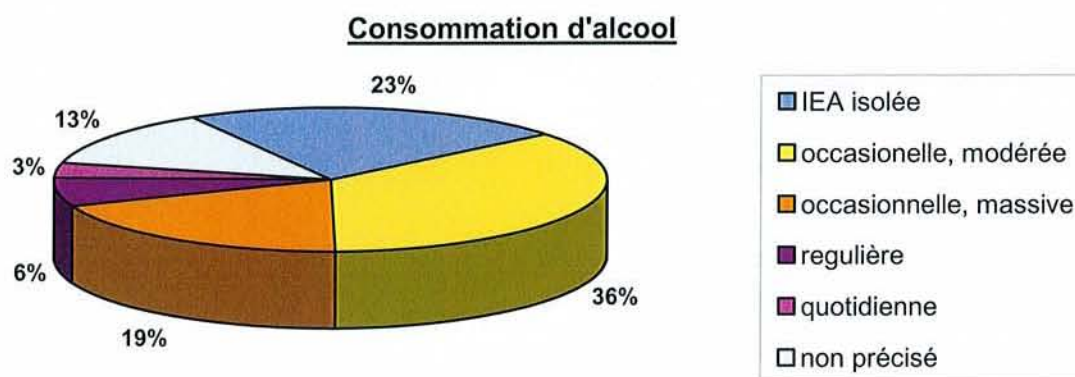
Dans **68%** des cas, il s'agissait de la **première ivresse alcoolique** de l'adolescent. Pour **29%** des sujets inclus, nous retrouvons la notion d'une IAA antérieure à celle ayant motivé la consultation de référence. L'information manque dans un seul dossier.

2.3.2. Age de la première IAA

La première intoxication alcoolique aiguë, dans notre population, a lieu à **14,2 ans** avec un écart-type de 1,03. Notons cependant que sur 5 des 31 dossiers étudiés, l'âge exact n'est pas précisé. Cette moyenne a donc été calculée sur un échantillon de 26 patients uniquement.

2.3.3. Modalités de consommation habituelles d'alcool

Les consommations habituelles d'alcool chez les adolescents inclus dans notre étude sont illustrées dans le graphique suivant. L'information n'était pas précisée dans 4 de nos dossiers (13%).



Pour 23% d'entre eux, cette IAA était isolée et constituait la première consommation d'alcool.

36% des adolescents inclus évoquaient une **consommation occasionnelle et modérée** et **19%** une **consommation occasionnelle et massive** selon les définitions précédemment rappelées.

Enfin, seuls 2 adolescents (6%) présentaient une consommation régulière et 1 adolescent présentait une consommation quotidienne et ce depuis environ un mois.

2.3.4. Autres consommations de toxiques

Nous retrouvons la notion de **tabagisme actif** chez **29 %** des sujets inclus.

Trois adolescents seulement (**9%**) évoquent une consommation de **cannabis** occasionnelle ou plus régulière.

Aucune autre consommation de toxiques n'est évoquée dans les dossiers.

2.3.5. Autres conduites à risques

Parmi les 31 sujets inclus, **77 % n'ont pas d'antécédent de conduite à risques autre** que la consommation d'alcool et/ou de toxiques.

Des antécédents de **fugues** sont retrouvés chez **16%** des sujets inclus. 2 patientes ont déjà eu des **conduites à risque sexuel (6%)**. Un patient a déjà **conduit** (son scooter) **en état d'ébriété**. Enfin, des antécédents de **tentative de suicide (TS)** ne sont retrouvés que dans 2 cas (**6%**).

Deux patientes dans notre étude cumulent les conduites à risques : TS, conduites à risque sexuel et fugues pour l'une ; conduites à risque sexuel, fugues et consommation de cannabis pour l'autre.

2.3.6. Antécédents de scarifications

La notion de scarification est retrouvée chez 5 patients dans notre étude, soit **16 %** de notre échantillon.

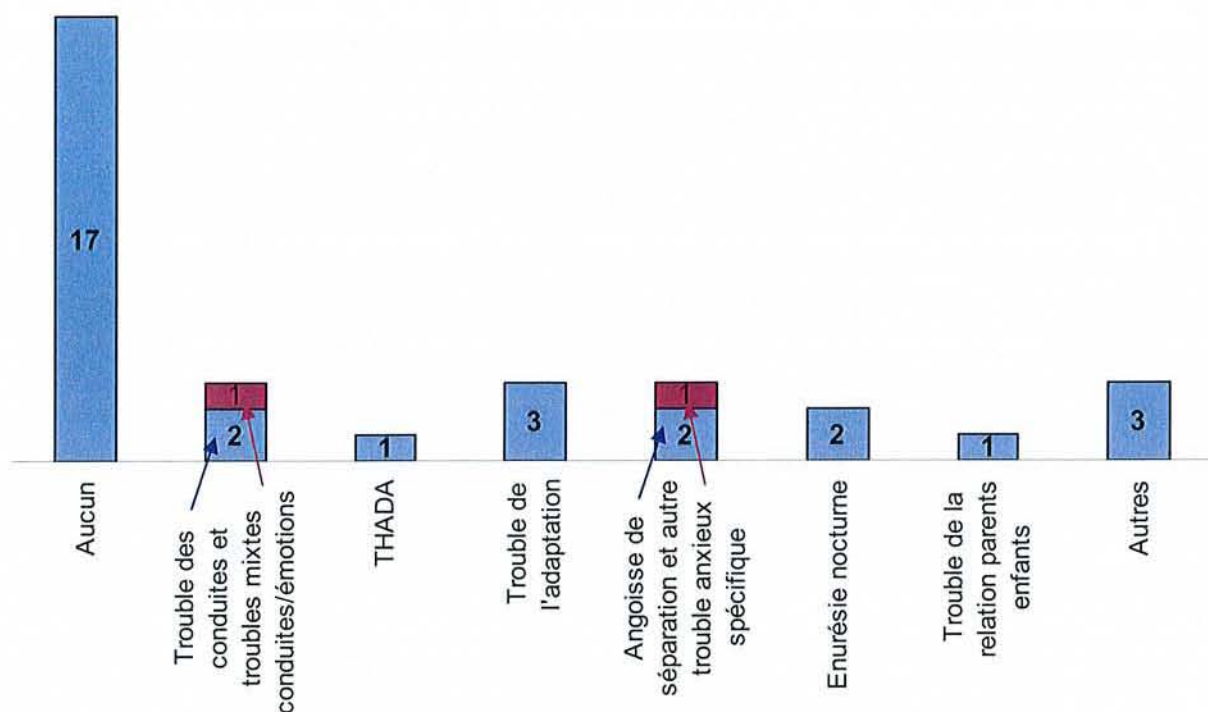
2.3.7. Antécédents psychiatriques autres

Cette rubrique concerne les antécédents psychiatriques (ATCD) autres que les consommations de toxiques, les conduites à risque et les scarifications.

Dans notre population, **45% des adolescents** avaient des ATCD psychiatriques autres que ceux sus-cités :

- 3 (10%), un trouble des conduites (F91) ou un trouble mixte des conduites et troubles émotionnels (F92) ;
- 1 (3%), un trouble de l'activité et de l'attention (F90) ;
- 3 (10%), un trouble de l'adaptation (F43.2) suite au divorce des parents ou au décès d'un père par exemple ;
- 3 (10%), un trouble émotionnel de type anxieux, soit une angoisse de séparation de l'enfance (F93.0) soit un autre trouble anxieux de l'enfance (F93.8) ;
- 2 (6%), une énurésie nocturne (F98.0) ;
- 1 (3%), un trouble de la relation parents/enfants (Z63.1) ;
- 3 (10%), des antécédents psychiatriques autres non précisés.

ATCD psychiatriques



2.3.8. Antécédents de suivi psychologique ou pédopsychiatrique

45% des sujets inclus avaient déjà bénéficié d'un suivi pédopsychiatrique ou psychologique antérieurement, que ce soit dans l'enfance ou plus récemment durant l'adolescence du fait de conduites à risque ou d'autres antécédents psychiatriques.

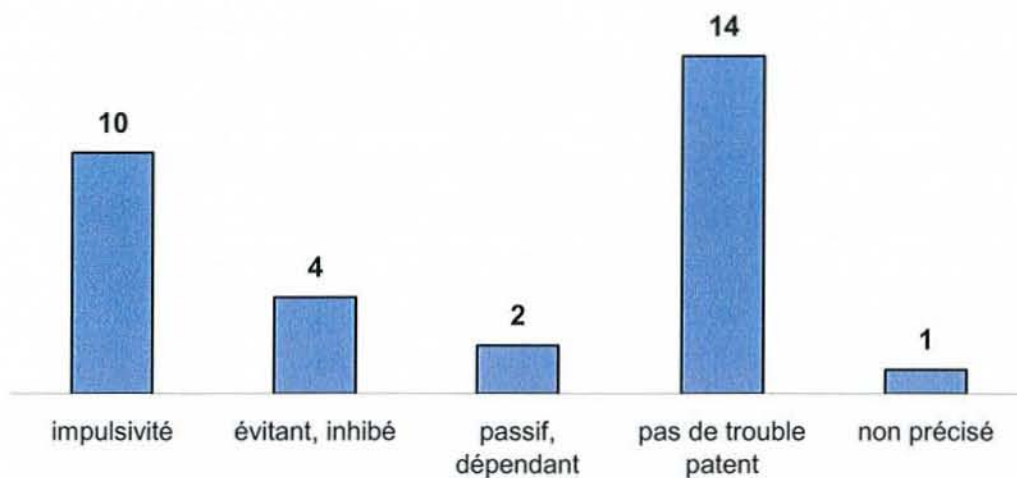
2.3.9. Dimensions de personnalité (cotées par le chercheur sur lecture du dossier)

Sans préjuger d'un trouble de la personnalité, nous avons néanmoins cherché à savoir si certains traits ou dimensions de personnalité étaient ou non représentés dans notre population.

Nous en avons distingués trois :

- l'**impulsivité**
- l'**inhibition**, les sujets au comportement évitant
- la **passivité**, la **dépendance**

Dimensions de personnalité



Ainsi, l'**impulsivité** est une dimension de personnalité **fréquemment retrouvée (32%)**. 13% des adolescents inclus (4) ont un profil évitant et 6% un profil passif/dépendant (2).

2.4. Situation socio-familiale

2.4.1. Structure familiale

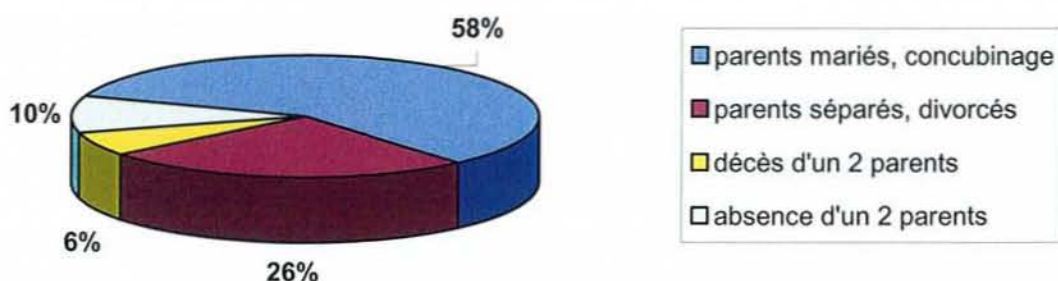
58% des parents sont mariés ou vivent en concubinage.

26% des parents sont divorcés ou séparés.

2 adolescents avaient perdu un de leur parent par décès (6%).

3 autres (10%) n'avaient plus de contact pour 2 d'entre eux avec leur père et pour le dernier avec sa mère.

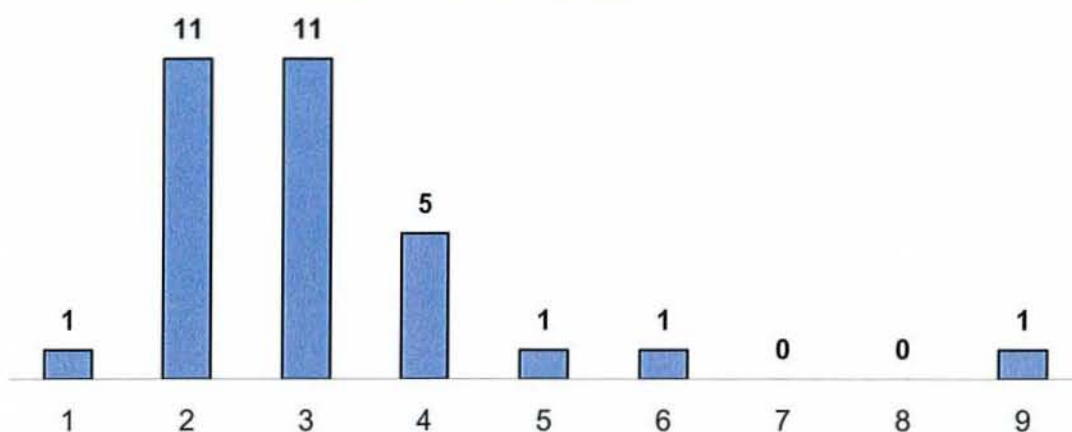
Structure familiale (parentale)



2.4.2. Fratrie

Dans notre étude, **36%** des adolescents sont issus d'une fratrie de **3 enfants** et **25%** d'une fratrie de **4 enfants ou plus**. 1 seul adolescent est fils unique.

Nombre d'enfants dans la fratrie



Concernant leur rang dans la fratrie, nous ne distinguons aucune tendance particulière dans notre étude puisque les aînés représentent 39% de la population, les benjamins 35% et les 26% d'adolescents restants ont un rang intermédiaire dans la fratrie.

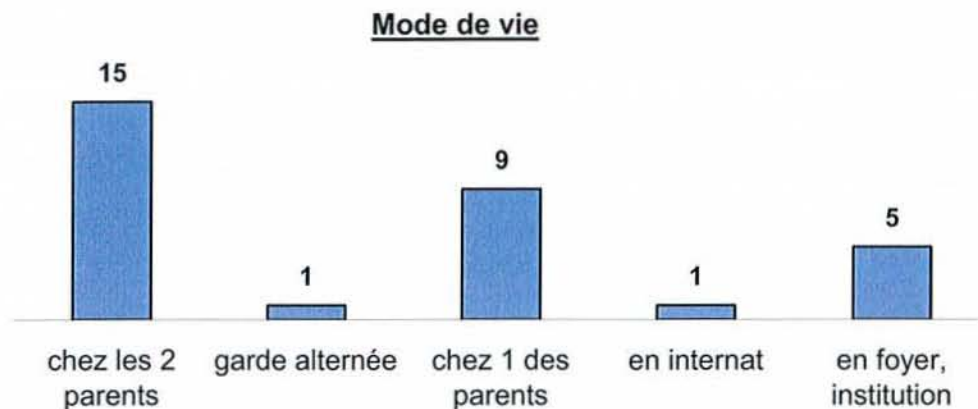
2.4.3. Lieu d'hébergement du sujet

49 % des patients (n=15) vivent chez leurs 2 parents (2 parents sous le même toit).

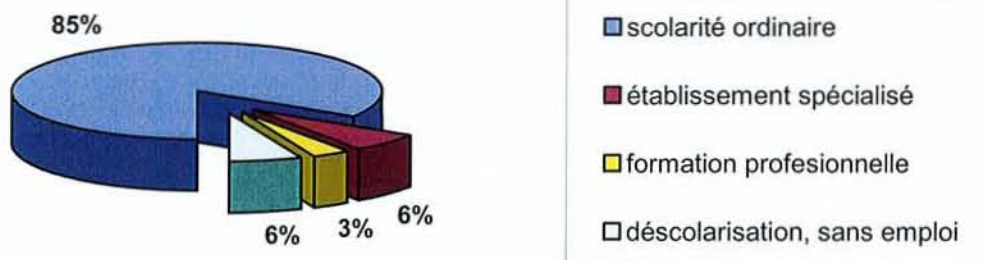
1 seul bénéficie d'une garde alternée.

29% (n=9) ne vivent que chez un seul de leurs parents (ou voient éventuellement l'autre les week-end et pendant les vacances). Dans ce cas, ils résident le plus souvent **chez leur mère** (pour 7 d'entre eux).

Enfin, 5 adolescents (**16%**) sont **en foyer ou en institution** et 1 en internat la semaine.



2.4.4. Situation scolaire et professionnelle



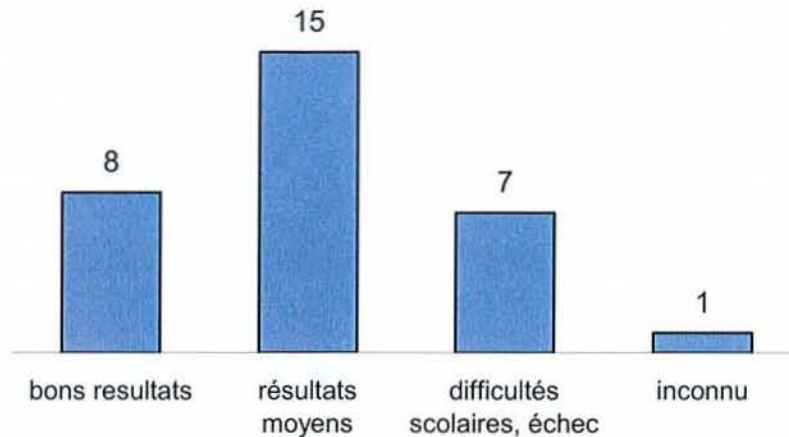
La plupart des adolescents de notre étude ont une scolarité ordinaire (**85%**).

Deux sujets sont en établissement spécialisé et 2 autres sont déscolarisés.

2.4.5. Résultats scolaires

Dans notre étude, presque **la moitié des adolescents (48%)** déclarent avoir des **résultats scolaires moyens** au moment de leur rencontre avec le pédopsychiatre. **23%** sont en **difficulté scolaire** voire même en **échec scolaire**.

Résultats scolaires



Lorsque l'on prend en compte l'ensemble du cursus de l'adolescent, le pourcentage de sujets ayant au moins 1 an de retard est de 32%. Dans **62% des cas**, les adolescents inclus dans notre étude **ne présentent pas de retard scolaire**. L'information est manquante dans 2 dossiers.

2.4.6. Vie sociale

Cette information n'est pas précisée dans tous les dossiers (absente dans 3 dossiers).

Lorsqu'on les interroge à ce sujet, **77%** des adolescents de notre population disent **être bien intégrés** socialement et avoir un bon réseau amical. Dans les dossiers, seuls 13% sont qualifiés d'« adolescents isolés », « aux relations amicales restreintes ».

2.4.7. Activité professionnelle des parents

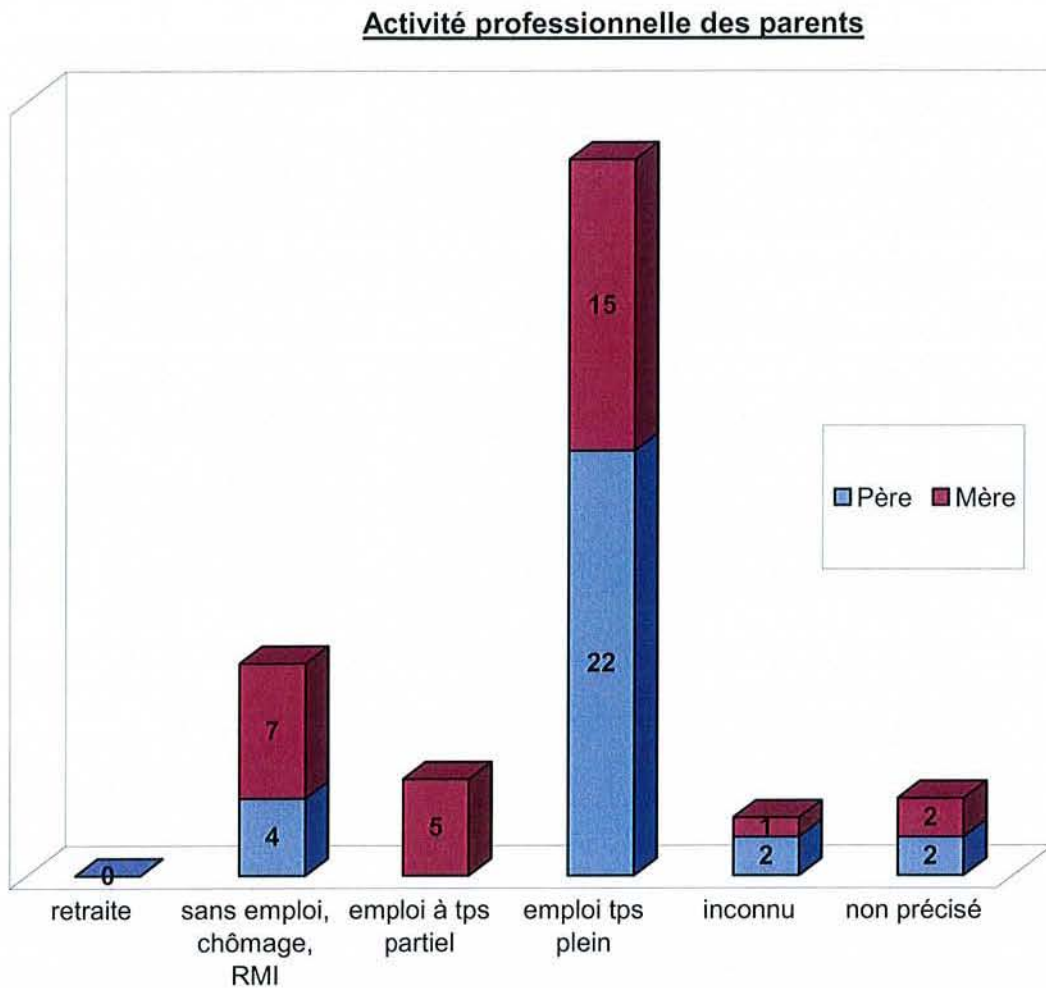
73% des pères (n=22) ont une **activité professionnelle**, pour tous à temps plein.

66% des mères (n=20) ont une **activité professionnelle** dont 15 à temps plein (50%) et 5 à temps partiel (16%).

13% des pères et 22% des mères sont sans emploi, au chômage ou au RMI.

Dans 2 dossiers, ces informations ne sont pas précisées, que ce soit pour la mère ou pour le père. Dans 3 cas, les adolescents ignorent la profession d'un de leurs parents car ils n'ont plus de contact avec.

Le schéma suivant illustre ces données.



2.4.8. Facteurs socio-familiaux influant sur l'état de santé

Certaines des conditions socio-économiques et psychosociales influant sur l'état de santé ont été cotées par le soignant. Il s'agit des codes de la CIM-10 allant de Z55 à Z65. Dans notre étude, nous retrouvons de tels facteurs chez 13 patients sur 31, soit **42%** de notre effectif.

Les items les plus souvent retrouvés sont :

- pour 3 sujets la *perte de relation affective pendant l'enfance* (Z61.0) ou la *disparition et décès d'un membre de la famille* (Z63.4) ;
- pour 3 autres les *difficultés dans les rapports avec les parents et les beaux-parents* (Z63.1) ;
- pour 3 autres la *dislocation de la famille par séparation et divorce* (Z63.5).

2.5. Antécédents familiaux psychiatriques

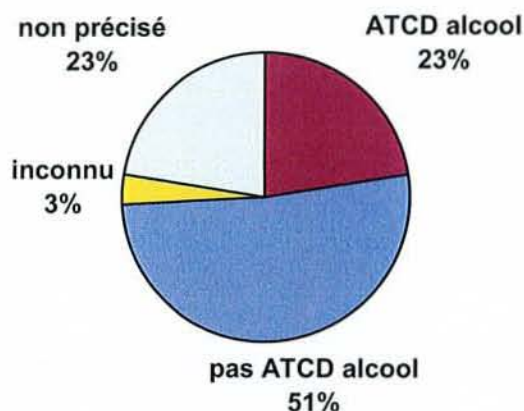
2.5.1. Antécédents familiaux de mésusage d'alcool

Ces données sont malheureusement souvent manquantes dans les dossiers des sujets inclus. C'est le cas dans 7 de nos dossiers.

Aucune conduite d'alcoolisation morbide ou de mésusage d'alcool (dont l'usage avec dépendance) **n'est retrouvée chez les mères** des 24 autres adolescents.

Il en est différemment pour les **pères** des adolescents inclus qui présentent **un mésusage d'alcool dans 23% des cas** (n=7). Parmi ces derniers, 6 présenteraient ou auraient présenté un usage avec dépendance. Dans un cas, le mésusage n'a pas pu être plus précisément authentifié.

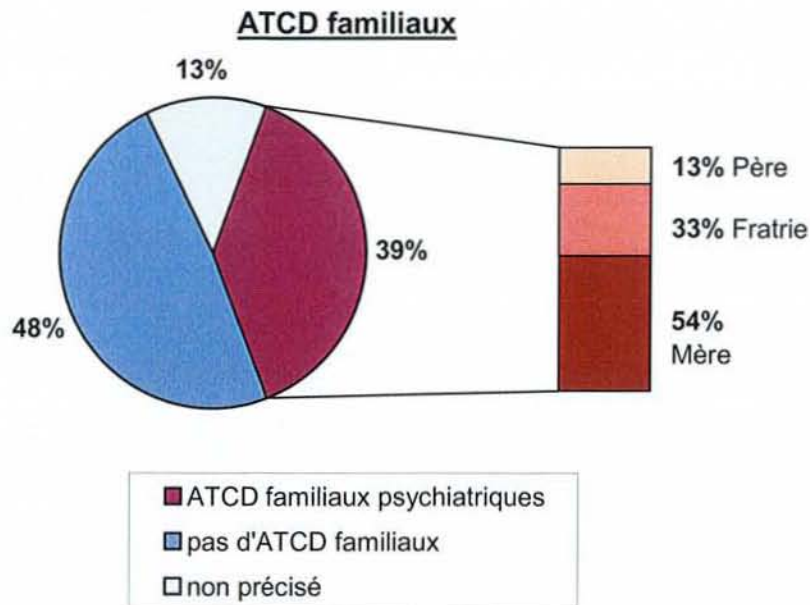
ATCD de consommation morbide d'alcool chez les pères



2.5.2. Antécédents familiaux psychiatriques autres

Un antécédent psychiatrique familial autre que celui lié à un mésusage d'alcool est retrouvé dans **39% des cas**.

Le graphique suivant illustre les résultats retrouvés.



Ainsi, les **antécédents familiaux psychiatriques** concernent plus souvent les mères (n=8).

Les antécédents les plus fréquemment retrouvés chez elles sont les **épisodes anxio-dépressifs** (7 mères sur 8) dont un décès par **suicide** et la notion de **tentatives de suicide** chez une autre.

La dernière est suivie pour trouble schizo-affectif.

Dans notre population, **22,6% des mères avaient donc un antécédent de trouble anxio-dépressif.**

Les antécédents retrouvés chez les pères (n=2), hormis le mésusage d'alcool, étaient pour l'un des **comportements** violents et pour l'autre des **antécédents judiciaires** (blessure d'un voisin par arme blanche).

Enfin, les pathologies présentées par la fratrie étaient variées : un retard mental, une toxicomanie, un antécédent de tentatives de suicide, des troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance.

2.6. Prise en charge

2.6.1. Modalités de prise en charge après le passage au POSU

2.6.1.1. Ambulatoire ou hospitalisation ?

Sur la population étudiée, **seuls 2 patients n'ont pas bénéficié d'une hospitalisation** dans les suites de leur intoxication alcoolique aiguë. Tous les autres, soit **93,5%, ont été hospitalisés** que ce soit en pédiatrie ou en pédopsychiatrie.

Parmi les 2 patients non hospitalisés, l'une avait été adressée en consultation pédopsychiatrique par le POSU d'un autre établissement après y avoir passé plusieurs heures en observation. Son état somatique ne nécessitait plus de maintien en hospitalisation à son arrivée dans notre établissement.

Quant au second, il n'avait été conduit aux urgences par ses parents que plusieurs heures après son épisode d'IAA (IAA le matin, adressé au POSU en soirée) et ne présentait aucun signe clinique de gravité à son arrivée (légère sédation). Par ailleurs, des difficultés d'ordre logistique ce jour là sur l'Hôpital d'Enfants de Nancy avaient précipité le retour à domicile de ce jeune. Néanmoins, un rendez-vous auprès du pédopsychiatre d'astreinte, dans les jours suivants l'IAA, a été fixé avant le retour à domicile de cet adolescent.

2.6.1.2. Lieu d'hospitalisation

28 adolescents ont bénéficié d'une hospitalisation **en pédiatrie (90,5% des hospitalisations)** et 3 en **pédopsychiatrie (9,5%)**.

Parmi les adolescents hospitalisés en pédopsychiatrie, 2 ont été hospitalisés dans un premier temps en pédiatrie puis admis en pédopsychiatrie dans un second temps du fait d'une agitation massive pour l'un (incompatible avec le maintien en service de pédiatrie générale) ou de la nécessité d'une prise en charge spécialisée pour l'autre (situation très conflictuelle avec la mère et prise d'alcool dans un but suicidaire).

Enfin, le troisième adolescent qui a été hospitalisé en pédopsychiatrie l'a été directement depuis le service de l'U.A.U.P. de l'Hôpital Central de Nancy devant des alcoolisations répétées à visée anxiolytique, la multiplication de conduites à risque et l'existence d'affects dépressifs.

2.6.1.3. Durée d'hospitalisation

Le **temps moyen d'hospitalisation** (pédiatrie +/- pédopsychiatrie) pour tous les sujets inclus est de **47,2 heures** avec un écart-type de 58,5. Il existe une grande disparité de la durée d'hospitalisation : durée minimale d'hospitalisation de 24 heures et durée maximale de 11 jours (pour 2 des patients admis en pédopsychiatrie).

Si l'on exclut les 3 patients admis en pédopsychiatrie, le **temps moyen d'hospitalisation en pédiatrie** (en tenant compte des 2 sujets n'ayant bénéficié d'aucune hospitalisation) est alors de **31,7 heures** pour un écart-type de 14.

2.6.1.4. Rencontre avec les parents

Dans **87% des cas**, que l'adolescent ait été hospitalisé ou non, **un responsable de l'enfant a été rencontré**. Dans la très grande majorité, 84% des cas, il s'agissait des parents ou de l'un d'entre eux. Dans une seule situation, nous avons rencontré l'éducatrice référente du foyer où résidait l'adolescente et où s'était produit l'IAA.

2.6.2. **Suivi proposé à distance**

2.6.2.1. Type de suivi proposé au décours de la première rencontre

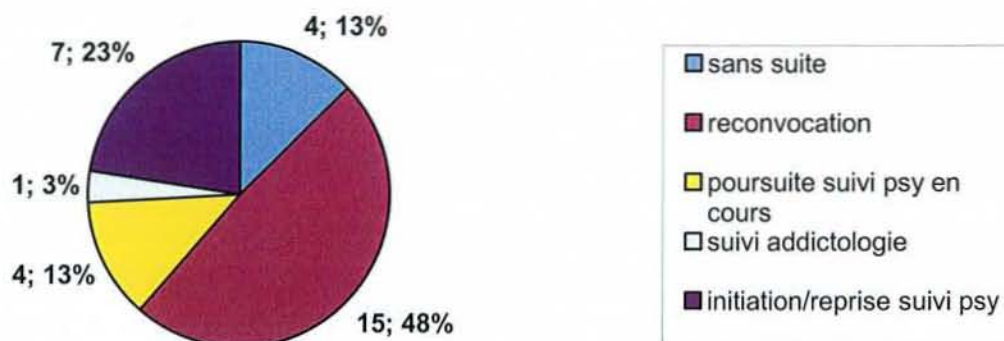
A l'issue de la rencontre avec l'adolescent dans les suites de l'IAA index, diverses décisions de prise en charge étaient adoptées :

- dans **13% des cas** (n=4), **aucune suite n'était donnée** ;
- mais **le plus souvent**, soit dans **87% des cas**, une **proposition de reconvoction ou de suivi** était faite à l'adolescent.

Le terme « reconvoction » est à comprendre dans le sens d'un rendez-vous à distance proposé par le pédopsychiatre ayant rencontré l'adolescent sur l'Hôpital d'Enfants de Nancy dans les suites immédiates de l'IAA index. Cette reconvoction a pour but une réévaluation ponctuelle de la situation de l'adolescent. Nous distinguerons ici ces reconvoctions des suivis psychologiques ou pédopsychiatriques proposés d'emblée à l'adolescent, dès la première rencontre.

Ainsi, une **reconvoction** auprès du pédopsychiatre ayant rencontré l'adolescent sur l'hôpital d'enfants de Nancy était proposée dans **48%** des cas (n=15). Cette reconvoction avait lieu dans des délais variables, allant de 7 jours à 1 mois.

Suivi proposé



Dans 13% des cas (n=4), l'adolescent **bénéficiait déjà d'un suivi psychiatrique ou psychologique** en cours au moment de l'épisode d'IAA et il lui était recommandé de le poursuivre. Le soignant été alors systématiquement informé de l'épisode d'IAA de son patient par courrier et/ou appel téléphonique. A noter que dans une situation, la patiente, âgée de 14 ans, bénéficiait déjà d'un **suivi dans un service d'alcoolologie**.

Dans 23% des cas (n=7), un **suivi pédopsychiatrique ou psychologique était d'emblée proposé** à l'adolescent (ou reprise du suivi interrompu pour certains).

2.6.2.2. Les reconvoctions

Sur les 15 adolescents à qui un rendez-vous de reconvoction avait été proposé, **10 s'y sont effectivement rendus**, soit **66%** d'entre eux.

Parmi ces 10 adolescents, 3 ont été réorientés vers un suivi psychologique ou pédopsychiatrique. Quant aux 7 autres, il n'y a pas eu de suite donnée à leur prise en charge.

◆ Au total, parmi nos 31 sujets inclus :

- dans 4 cas (13%) aucune suite n'a été donnée après la première rencontre ;
- dans 15 cas (48%) une reconvoction a été proposée parmi lesquels :
 - ✓ 3 adolescents ont été réorientés secondairement vers un suivi ;
- dans 12 cas (38%), il était d'emblée conseillé à l'adolescent d'initier, de reprendre ou de poursuivre un suivi psychologique ou pédopsychiatrique.

Ainsi, **48% de notre population (n=15) s'est vue conseillée l'initiation ou la poursuite d'un suivi médico-psychologique d'emblée ou après reconvoction.**

2.6.2.3. Structure proposée pour le suivi

Parmi ces 15 sujets ayant été orientés ou réorientés vers un suivi psychologique ou pédopsychiatrique :

- 10 se sont vus proposés un suivi sur l'un des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du C.P.N. ou ont été sollicités à poursuivre un tel suivi ;
- 1 s'est vu conseillé un suivi au Centre Médico-Psychologique (CMP) de son secteur d'origine (CMP de Dieuze) ;
- 2 adolescentes ont été orientées vers un psychiatre libéral sur Nancy ;
- 1 adolescente a été réorientée vers le service d'alcoologie qui la suivait déjà (Médecine L) ;
- le dernier devait bénéficier d'un soutien auprès de la psychologue du foyer dans lequel il résidait.

2.7. Devenir à 6 et 12 mois

2.7.1. Suivi psychologique ou pédopsychiatrique à 6 et 12 mois

2.7.1.1. Prises en charge réellement poursuivies après l'épisode d'IAA index

Dans notre étude, 10 adolescents se sont vus conseiller un suivi ambulatoire sur l'un des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du C.P.N. Notre logiciel informatique nous a permis de préciser que parmi ces adolescents, 4 d'entre-eux ne se sont jamais présentés dans la structure qui leur avait été conseillée ou ont eu un premier contact avec la structure mais n'ont pas donné suite. Ainsi, **seuls 6 patients de notre étude ont effectivement bénéficié d'un suivi sur l'un des secteurs du C.P.N. dans les suites de l'IAA.**

Concernant les adolescents qui se sont vus proposés un suivi dans une structure autre que celles du C.P.N, les informations ont été recueillies, comme cela a déjà été évoqué, par appels téléphoniques. Les 2 adolescentes orientées en libéral ont effectivement entamé ou poursuivi leur suivi, de même pour l'adolescente suivie en alcoologie (que nous appellerons M.) et l'adolescent résidant en foyer. L'adolescent qui avait été orienté sur le CMP de Dieuze ne s'est jamais rendu dans cette structure.

Au total, **10 adolescents (soit 32% de notre population initiale) ont donc réellement bénéficié d'un suivi psychologique ou pédopsychiatrique** dans les suites de leur IAA index dont 6 dans un CMP pour enfants et adolescents.

2.7.1.2. Sous-population de l'étude

Pour la suite de notre travail, nous proposons de définir une sous-population. Il s'agit des adolescents inclus dans notre étude ayant bénéficié d'un suivi psychologique ou pédopsychiatrique dans les suites de leur IAA index et pour lesquels nous disposons donc d'informations complémentaires en terme de devenir en comparaison avec ceux qui n'ont pas été suivis par la suite.

Il s'agit donc de ces 10 adolescents mentionnés précédemment (sauf l'un d'entre eux dont le thérapeute, psychologue en foyer, n'a pu être joint), auxquels se rajoute un autre adolescent (J.) réhospitalisé dans les suites de l'IAA index et qui bénéficiera secondairement d'un suivi. Au total, notre sous-population comporte donc 10 sujets.

2.7.2. Récidives d'IAA

2.7.2.1. Récidives d'IAA à 6 mois

A 6 mois, aucun nouvel épisode d'intoxication alcoolique aiguë ayant nécessité une hospitalisation n'est retrouvé chez l'ensemble des 31 sujets inclus dans notre étude.

Dans notre sous-population, la notion d'ivresse aiguë ne nécessitant pas d'hospitalisation est retrouvée chez 2 sujets dans l'intervalle de 6 mois suivant l'épisode index. Il s'agit des deux adolescentes, déjà citées précédemment, qui cumulent les conduites à risque et qui présentaient toutes deux, lors de l'IAA index, un mésusage d'alcool avec pour l'une (P.), des consommations récentes quasi quotidiennes d'alcool et pour la seconde (M.), des consommations régulières d'alcool anciennes assorties d'une consommation d'autres substances (adolescente suivie en alcoologie).

2.7.2.2. Récidives d'IAA à 12 mois

A 12 mois, un seul adolescent parmi les 31 sujets inclus a été réhospitalisé pour IAA à l'Hôpital d'Enfants de Brabois. Cet adolescent « récidiviste », que nous appellerons S., n'avait pas consommé d'alcool, à ses dires, depuis son IAA index. Cette première IAA avait

eu lieu dans un contexte festif, la seconde dans un contexte de séparation sentimentale mal acceptée par l'adolescent.

Parmi les sujets de notre sous-population, la notion d'ivresse aiguë ne nécessitant pas d'hospitalisation est retrouvée pour 3 d'entre eux dans les 12 mois suivant l'IAA index (dont M.). P. avait, quant à elle, décidé d'interrompre son suivi dans l'intervalle.

2.7.3. Hospitalisations en psychiatrie

Dans notre étude, **2 adolescents ont été hospitalisés en pédopsychiatrie dans les suites de l'IAA index**, pour l'un 5 mois et pour le second 12 mois après l'IAA index.

Dans le premier cas, l'hospitalisation, 5 mois après l'IAA index, avait été motivée dans un contexte d'épisodes clastiques à domicile et de fugues. A noter que cet adolescent (J.) n'avait bénéficié d'aucun suivi dans l'intervalle et qu'il ne s'était pas présenté au rendez-vous de reconvoction qui lui avait été initialement proposé.

Le second cas a déjà été mentionné plus haut (S.). L'hospitalisation était motivée par un nouvel épisode d'IAA.

2.7.4. Tentatives de suicide

Nous ne retrouvons la notion d'**aucune tentative de suicide chez les 31 adolescents inclus dans notre étude dans les 6 et 12 mois ayant suivi l'IAA index**.

Dans notre sous-population, 2 d'entre eux, S. et J., auraient cependant exprimé des velléités suicidaires peu de temps avant leur seconde hospitalisation. Concernant S., cette seconde IAA semblait plus s'inscrire dans un « chantage affectif » (selon le courrier de sortie) que dans une intentionnalité suicidaire véritable. Pour J., le motif de réhospitalisation était la répétition de crises clastiques à domicile. C'est au décours de cette seconde hospitalisation que seront évoqués les propos suicidaires tenus par J. quelques jours auparavant.

2.7.5. Autres comportements à risques

Ce paragraphe et le suivant ne concernent que les adolescents de notre sous-population.

Les conduites à risques autres que les tentatives de suicides (TS) paraissent bien plus fréquentes dans l'évolution clinique de ces adolescents que les TS elles-mêmes.

Ainsi à 6 mois, 4 adolescents ont développés des conduites à risque qu'ils ne présentaient pas auparavant. Il s'agissait pour 2 d'entre eux de fugues, pour une de conduites à risque sexuel et enfin pour le dernier d'une consommation tabagique quotidienne.

A 12 mois, nous ne retrouvons pas l'apparition de nouvelles conduites à risques autres que celles déjà connues.

2.7.6. Autres manifestations psychiatriques

A 6 mois, nous retrouvons chez 3 adolescents des diagnostics psychiatriques ou comorbidités qui n'étaient pas mentionnés précédemment :

- un trouble anxieux sans précision (F41.9) dans un cas,
- un trouble de l'humeur non spécifique (F39),
- et un diagnostic de « trouble psychotique ».

A 12 mois, 2 autres diagnostics sont évoqués chez 2 autres adolescents :

- un état limite ou personnalité émotionnellement labile (F60.3),
- un trouble du comportement alimentaire débutant chez une jeune fille.

III. Discussion

Dans ce chapitre, nous allons tout d'abord revenir sur les résultats décrits dans la précédente partie (caractéristiques démographiques, description de l'épisode d'IAA, antécédents, situation socio-familiale, prise en charge et devenir à 6 et 12 mois), les analyser puis les comparer aux données de la littérature que nous avons déjà exposées dans la première partie de notre travail. Ensuite, nous soulignerons les limites de notre étude avant d'envisager de possibles perspectives d'amélioration de nos pratiques.

3.1. Analyse des résultats

3.1.1. Notre effectif

Notre étude porte donc sur 31 sujets, âgés de 12 à 18 ans, rencontrés à l'hôpital d'enfants de Brabois sur une période d'un an (2007-2008) pour Intoxication Alcoolique Aiguë (IAA) ou auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool. Notre échantillon de population paraît donc relativement réduit.

Comme nous l'avons déjà mentionné dans notre chapitre traitant d'épidémiologie, très peu d'études françaises se sont intéressées aux IAA des adolescents aux urgences. Sur les quelques études réalisées en France, l'étude rétrospective de Paillard et al. en 1982 [83], ne retrouvait que 26 observations d'enfants et adolescents ayant été hospitalisés dans un service de Pédiatrie Générale (à Dunkerque) en huit ans. Néanmoins, nous pouvons nous interroger quant à l'exhaustivité de ces données à une époque où les systèmes d'exploitation informatique n'étaient pas existants. Par ailleurs, cette étude relativement ancienne peut difficilement être comparée aux données actuelles. L'étude de Picherot et al. [89], beaucoup plus récente, n'a quant à elle recensé que 67 cas d'IAA dans huit services de pédiatrie sur une période d'un an. Cependant, comme nous l'avons déjà mentionné page 68, la méthodologie se basait sur un questionnaire remis aux services en question. Seuls les questionnaires retournés ont donc pu être exploités et il n'y a pas eu de vérification d'exhaustivité comme le précisent les auteurs. Qu'en est-il des études étrangères ?

Rappelons tout d'abord que nous devons rester prudents quant aux comparaisons effectuées avec les études réalisées à l'étranger, les paramètres sociaux n'étant pas les mêmes que dans notre pays. L'étude australienne de Woolfenden et al. [114] recense 212 enfants et

adolescents âgés de 10 à 18 ans, s'étant présentés pour IAA ou auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool dans 5 services d'urgences différents de la partie ouest de la ville de Sidney sur une période de 5 ans (1996-2000), soit donc 42 patients environ par an dans cette partie de la ville. Une autre étude, réalisée en 2005 au Royaume-Uni par L.Weinberg et ses collaborateurs [109], s'est intéressée aux sujets âgés de moins de 17 ans se présentant aux urgences de l'Hôpital Royal de Cornwall pour une IAA confirmée par une alcoolémie positive sur une période de 18 mois. 62 sujets ont ainsi été inclus dans leur étude.

Comparé aux différentes études précitées, notre échantillon de population paraît plus restreint. Cependant, aux vues de la population nancéienne et du caractère monocentrique de notre étude, notre effectif reste dans le même ordre de grandeur que ces études. Aussi, ces dernières nous permettront-elles de discuter de nos résultats sans toutefois que nous puissions en tirer de franches conclusions. Les éventuelles comparaisons devront prendre en considération ces différences d'effectifs et de recrutements.

3.1.2. Les caractéristiques démographiques de notre échantillon

Les données démographiques retrouvées dans notre étude sont conformes aux données de la littérature.

Ainsi, nous observons un **sex-ratio légèrement en faveur des garçons** : 58 % des sujets sont de sexe masculin. Ceci est en accord avec les études réalisées sur des populations rencontrées aux urgences (54% dans l'étude de Picherot et al. [89] et 53% dans celle de Woolfenden et al. [114]) et paraît également illustrer ce qui a été mis en évidence par les différentes études de cohorte qui retrouvent des taux d'ivresses aiguës plus fréquents chez les garçons [35, 61].

L'âge moyen retrouvé dans notre étude est de 14,4 ans alors qu'il est estimé à 14,9 ans dans l'étude de Picherot et al. [89], à 14,5 ans dans l'étude de Weinberg et al. [109] et à 16 ans dans celle de Woolfenden et al. [114]. Notre population paraît donc quelque peu plus jeune que ce qui est retrouvé dans la littérature. Les études précitées étant toutes antérieures à la nôtre, ces chiffres traduiraient-ils une évolution de l'âge de survenue des IAA chez l'adolescent qui seraient actuellement plus précoces ? Les nombreux biais précités quant à

une éventuelle comparaison de nos résultats avec ces autres études ne nous permettent absolument pas de répondre à cette question.

En outre, précisons qu'officiellement, l'Hôpital d'Enfants de Brabois accueille les adolescents jusqu'à leur majorité. Néanmoins, les plus âgés d'entre eux sont souvent orientés d'emblée sur les Urgences de l'Hôpital Central (hôpital d'adultes) et ce d'autant plus qu'existe un traumatisme associé. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit pour l'adolescente la plus âgée de notre étude (17 ans). **Ainsi, notre population, à l'instar de celle de Picherot et al. [89], sélectionne probablement les adolescents les plus jeunes, collégiens pour la plupart.**

3.1.3. Les caractéristiques de l'épisode d'IAA dans notre étude

Dans notre étude, à l'instar de l'étude de Picherot et al. [89], le lieu de consommation principal est l'extérieur (65%). Rappelons que l'étude de l'IREB, citée p 65, montrait que la dernière ivresse des jeunes avait lieu le plus souvent chez des amis (55%) puis en boîte de nuit (17%). Mais cette étude concernait les 13-20 ans. Le jeune âge de nos participants peut donc expliquer les différences observées ; l'accès aux boîtes de nuit leur étant, par exemple, plus limité que leurs aînés. **Cette consommation d'alcool à l'extérieur du cadre familial semble illustrer la volonté d'émancipation, d'autonomisation de ces jeunes adolescents qui retrouvent au sein de leur groupe de pairs de nouvelles références identitaires.**

En effet, comme cela est communément décrit chez les adolescents [61, 89], dans notre étude, l'alcool est principalement consommé avec des amis (78%). Ceci semble donc confirmer l'influence jouée par le groupe de pairs lors des épisodes d'ivresses. Les consommations solitaires sont certes peu nombreuses dans notre étude (16%, soit 5 sujets, **toutes des filles**), alors qu'elles atteignent, par exemple, 27% dans l'étude de Picherot et al. [89]. Néanmoins, il est intéressant de noter que parmi ces 5 sujets, 4 ont rapporté un but auto-thérapeutique et le dernier une volonté d'auto-agressivité. **Ces consommations solitaires révèlent donc une vulnérabilité certaine de l'adolescent et doivent bénéficier de toute l'attention du soignant.**

Dans notre étude, l'heure présumée de la prise d'alcool est majoritairement l'après-midi (pour 42% des sujets) ce qui correspond aux heures de temps libre et de sortie pour cette

tranche d'âge (collégiens et jeunes lycéens). Ceci est proche des chiffres retrouvés par l'étude de Picherot et al. (60 % entre 12 et 19 heures) [89]. Dans notre étude comme dans la leur, les IAA sont donc plus rares le soir, contrairement à ce qui est décrit dans la plupart des études de cohorte. Cet élément est probablement à mettre en lien, une fois de plus, avec l'âge précoce de notre population.

Un élément singulier est à souligner dans notre étude : **le nombre important d'IAA (26%, 8 sujets) ayant lieu le matin, souvent avant les cours.** Comment interpréter ces alcoolisations massives, en groupe, dès le début de la journée ? Est-ce évocateur d'une modalité d'usage à risque ? Selon Karila et al., une consommation matinale est supposée « aider à démarrer sa journée » et « traduit le plus souvent l'installation progressive de la dépendance » [53]. Sommes-nous dans ce cas de figure là ?

Parmi nos sujets ayant consommé le matin, la plupart l'ont fait en bande ou en petits groupes. Une seule de ces consommations matinales a eu lieu de façon solitaire et dans un but auto-agressif. Parmi les 7 adolescents ayant consommé avec des amis le matin, 2 d'entre eux l'ont fait dans un but auto-thérapeutique et 1 dans un but auto-agressif. **Au total sur les 8 adolescents ayant consommé le matin, la moitié d'entre eux l'a fait dans un but auto-thérapeutique ou auto-agressif.** Rappelons que sur l'ensemble de notre population, environ un tiers des adolescents ont rapporté un but auto-thérapeutique ou auto-agressif. En proportion, dans notre population, ceux ayant consommé le matin l'ont donc fait plus fréquemment dans un but auto-thérapeutique ou auto-agressif que les autres. Nous pouvons donc nous demander si le fait de consommer de l'alcool le matin ne reflète pas une vulnérabilité particulière. Cependant, la taille réduite de notre échantillon de population ne nous permet pas de conclure de manière franche.

Le taux d'alcoolémie moyen est élevé dans notre étude à 1,86 g/L. Dans les études précitées, ces taux varient de 1,68 g/L pour Picherot et al. [89] à 2,03 g/L pour Weinberg et Wyatt [109]. Par ailleurs, plus de la moitié des adolescents inclus dans notre étude avaient consommé plus de 5 verres d'alcool (58%) en une même occasion et de manière prépondérante des alcools forts (93% dans notre étude et 92% dans celle de Picherot et al.). **Les IAA décrites dans notre étude correspondent donc majoritairement à des alcoolisations massives d'alcools forts chez des jeunes adolescents, véritables « défonces », illustrant le phénomène du Binge Drinking.**

La gravité de ces consommations massives d'alcool est illustrée par leurs conséquences somatiques immédiates et notamment par le pourcentage élevé d'IAA compliquées (34%). Mais c'est également la gravité de ces épisodes qui explique le recours aux urgences...

Intéressons-nous maintenant aux buts rapportés par les sujets inclus dans notre étude. Précisons que l'effet « défonce » caractéristique du Binge Drinking n'a pas été relevé à la lecture de nos dossiers. Cette question est probablement rarement posée directement en ces termes aux adolescents.

Ici, l'effet de groupe est aussi manifeste puisque 36% d'entre eux, essentiellement des garçons, déclarent avoir recherché le côté convivial et récréatif d'une telle consommation et, parmi ces derniers, la plupart cherchaient en fait à se conformer au groupe. Néanmoins, ce chiffre nous paraît quelque peu inférieur à ce que nous pensions retrouver, notamment dans cette tranche d'âge.

Sans grande surprise, la recherche de sensation, et plus précisément de danger, est souvent citée par nos adolescents (19%) et ce de manière plus prépondérante que la recherche de nouveauté (6%). Ceci semble donc être en accord avec les observations de Michel et al. [75] pour qui la recherche de sensations interviendrait plus fortement dans la prise d'alcool que la recherche de nouveauté.

Par contre, notre attention a été attirée par **l'importance des consommations à visée auto-thérapeutique qui représentent 23% de notre effectif** et pour la **grande majorité des filles**. La prépondérance féminine dans ce type de consommation avait déjà été citée dans notre partie théorique [26]. Ainsi, il semblerait que les **filles soient plus à risques d'IAA solitaire et à visée auto-thérapeutique**. Mais l'interprétation de ces résultats se doit d'être prudente.

Lorsque l'on considère à la fois les consommations à visée auto-thérapeutique et les consommations à visée auto-agressive, ce chiffre atteint **le tiers de notre population**. Et pourtant, hormis les troubles des conduites (18%), les comorbidités sont relativement peu mentionnées dans notre étude (22%). S'agit-il d'une sous-évaluation de la part du soignant ? Ne peut-on pas y voir une des limites des classifications actuelles qui s'appliquent difficilement à l'adolescent ? En effet, très souvent la souffrance ressentie par l'adolescent ne remplit pas les critères diagnostiques des classifications internationales, tels ceux de

l'épisode dépressif majeur par exemple. Cette douleur morale n'est alors pas cotée par le soignant.

Par ailleurs, l'existence d'une comorbidité ne semble pas associée, dans notre étude, à un risque plus important de consommation matinale ou solitaire.

3.1.4. Les antécédents personnels des sujets inclus

3.1.4.1. Première IAA et consommation de toxiques

Dans notre étude, pour environ deux tiers des sujets, l'épisode index constituait la première intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent. L'âge moyen de la première IAA, proche de l'âge moyen de notre population, est de 14,2 ans. Ceci est donc globalement conforme à ce qui est retrouvé dans les études de cohorte précédemment citées p64 [35, 61].

Notre travail confirme, par ailleurs, la faible prévalence de la dépendance à l'alcool chez les adolescents. Ce trouble n'était retrouvé chez aucun de nos sujets inclus.

Certes, dans une de ces situations, la notion de « tolérance » à la substance alcool était manifeste. Néanmoins, l'ensemble des critères diagnostiques de la dépendance à l'alcool (selon le DSM-IV-TR et la CIM-10) n'était pas réuni. Il s'agissait d'une adolescente de 14 ans, dont la première IAA remontait à l'âge de 12 ans, et qui consommait de l'alcool régulièrement ainsi que du cannabis et du tabac. Du fait de ses conduites addictives, cette jeune fille disposait déjà, au moment de notre rencontre, d'un suivi en service d'alcoologie pour adultes.

D'une manière générale, dans notre population constituée principalement de jeunes adolescents, **la consommation régulière ou quotidienne d'alcool reste rare** et ne concerne que 3 adolescents, dont la jeune fille précitée. La plupart ont déjà consommé de l'alcool mais seulement occasionnellement (55%), de manière plus ou moins massive. Notons cependant que **l'intégralité des adolescents ayant une consommation certes occasionnelle mais massive d'alcool a déjà été ivre**, ce qui fait potentiellement la gravité de telles consommations.

Enfin, rappelons que l'évaluation de la consommation habituelle d'alcool de l'adolescent est malheureusement manquante dans 4 de nos dossiers. **Or ceci devrait faire partie intégrante de l'évaluation réalisée dans les suites d'une intoxication alcoolique aiguë.**

Les cas de poly-consommations sont également très rares dans notre étude et concernent uniquement les consommations de tabac (29%) et de cannabis (9%). Certes, le jeune âge de notre population explique possiblement cette constatation, mais rappelons également que ces informations ont été recueillies dans les dossiers des patients après anamnèse pour la plupart. Le dépistage des stupéfiants urinaires n'étant pas réalisé de manière systématique dans notre établissement, ces informations reposent donc le plus souvent sur les éléments que veulent bien nous livrer les adolescents interrogés.

3.1.4.2. Conduites à risques

Les antécédents de conduites à risques (y compris les consommations de toxiques mais autres que la consommation d'alcool) concernent 14 sujets sur 31 dans notre étude, soit 45% de l'effectif. Ce taux est inférieur à celui de l'étude de Picherot et al. [89] qui retrouvait un antécédent de conduite à risques dans 65% des cas. Les différences observées entre ces 2 études concernent notamment **le tabagisme actif qui paraît moindre dans notre étude** (29% versus 44%). Quant aux consommations de cannabis (9% versus 11%), aux fugues (16% versus 17%), aux conduites à risque sexuel (partenaires multiples dans 6% des cas de notre étude versus 9%) et aux tentatives de suicides (6% versus 9%), les chiffres sont voisins, bien que constamment légèrement inférieurs dans notre étude. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces différences.

Concernant la consommation de tabac d'une part, il faut rappeler que l'étude de Picherot et al. a été effectuée du 1^{er} avril 2001 au 1^{er} mars 2002. Depuis, la plupart des études concordent à dire que la consommation de tabac chez les adolescents a baissé. L'enquête ESCAPAD 2005 [61] avait déjà mis en évidence une baisse continue de tous les indicateurs de consommation de tabac entre 2000 et 2005. Par la suite, l'enquête ESPAD 2007 [62], a confirmé cette tendance, notamment celle de la baisse de la consommation quotidienne de tabac. Ainsi, il est possible que la différence observée entre nos deux études puisse s'expliquer par une baisse générale et progressive du tabagisme chez les adolescents en France depuis 2001.

D'autre part, un autre élément doit absolument être mentionné : la taille réduite de notre échantillon qui interfère probablement avec l'ensemble de ces résultats.

Soulignons par ailleurs, que **les antécédents de TS sont peu fréquents dans notre population d'adolescents rencontrés pour IAA**, à l'instar des résultats retrouvés dans l'étude de Picherot et al.

Considérons maintenant l'ensemble des conduites à risques, à savoir : une consommation d'alcool au minimum occasionnelle et massive, des antécédents de consommation d'autres toxiques, les TS, les autres conduites à risques (fugue, etc.). 17 sujets sont alors concernés pour 31 antécédents de ce type. Parmi ces adolescents, **3 d'entre eux cumulent les conduites à risques puisqu'ils totalisent à eux seuls 39% de l'ensemble des antécédents de conduite à risques.**

3.1.4.3. Antécédents pédopsychiatriques

Dans notre étude, **les antécédents pédopsychiatriques personnels sont relativement fréquents puisqu'ils concernent presque la moitié de notre population (45%)**, et ce en excluant les conduites à risque. Tous les facteurs de vulnérabilité psychopathologiques évoqués dans notre 5^{ème} chapitre sont représentés ici : trouble des conduites, trouble de l'activité et de l'attention, trouble de l'adaptation, trouble émotionnel de type anxieux (dont 2 diagnostics d'anxiété de séparation). Aucun des antécédents retrouvés ne semble s'individualiser plus qu'un autre au regard de notre faible effectif.

Soulignons que la fréquence de ces antécédents pédopsychiatriques et la fréquence des antécédents de suivis psychologiques ou pédopsychiatriques sont des éléments qui paraissent discordants au regard du profil des adolescents de notre étude qui semblent notamment présenter peu de comorbidités.

Sans trop de surprise, **l'impulsivité est une dimension fréquemment retrouvée dans notre population (32%)**. Mais à l'instar des nombreuses études déjà réalisées, peut-on mettre en évidence ici un lien entre l'impulsivité et la consommation d'alcool chez les collégiens ?

En essayant de répondre à cette question, nous nous confrontons à un obstacle majeur et déjà mentionné précédemment : l'absence fréquente de données concernant les modalités de consommation d'alcool et le faible effectif sur lequel se fait alors cette analyse.

Lorsque ces données sont disponibles, 5 adolescents ont une consommation au minimum occasionnelle mais massive voire régulière ou quotidienne parmi les sujets dits « impulsifs » (8 sujets), soit 62,5% de ces sujets. Parmi les sujets ayant une consommation au minimum occasionnelle et massive, seuls 37% n'ont pas été qualifiés d' « impulsifs ».

Rappelons que cette dimension de personnalité, « l'impulsivité », a été précisée par le chercheur sur lecture du dossier. Il est également probable que cette dimension soit sous-évaluée dans notre échantillon.

Ainsi, cette notion d'impulsivité qui paraît donc relativement fréquente dans notre population, n'est pas cotée par le soignant (les classifications actuelles ne prenant pas en compte cette dimension) et ne figure donc pas parmi les comorbidités. Or cette dimension de personnalité semble constituer, d'après la littérature, un facteur de risque de consommation d'alcool chez les collégiens, de par le déficit général de capacité d'autorégulation qu'elle sous-tend. Ceci pourrait potentiellement expliquer les différences observées entre fréquence des antécédents et comorbidités plus rares.

3.1.5. La situation socio-familiale des sujets inclus

3.1.5.1. Généralités

Dans l'étude de Picherot et al. [89], les problèmes socio-familiaux et scolaires sont fréquents, ce qui, pour ces auteurs, « détermine des facteurs de mauvais pronostic et d'alcoolisation chronique ».

Dans leur étude, 40% des parents sont séparés et dans 11% des cas l'un d'eux est décédé. Ces chiffres sont moindres dans notre étude puisque seuls 26% des parents sont séparés et 6% des sujets ont un parent décédé. De même, notre population diffère quant à la scolarisation qui est ordinaire pour la grande majorité des adolescents inclus (85%) alors qu'elle paraît plus précaire dans l'étude de Picherot et al. Enfin, la majorité des parents disposent d'une activité professionnelle dans notre étude et seuls 13% des pères et 22% des mères étaient sans emploi, au chômage ou au RMI.

Aussi, d'une manière générale, la situation socio-familiale de notre population ne paraît pas aussi précaire que semblait l'indiquer Picherot et ses collègues. Précisons que certaines données d'ordre social nous manquent, telle l'évaluation des revenus familiaux qui reste difficilement appréciable à la simple lecture des dossiers médicaux. Quoiqu'il en soit, ceci constituerait une différence avec les adolescents suicidants chez qui sont très souvent retrouvés une corrélation du statut matrimonial des parents avec le risque de tentative de suicide ainsi qu'un retard scolaire plus fréquent [94].

3.1.5.2. Facteurs socio-familiaux et vulnérabilité à la consommation d'alcool

La plupart des jeunes de notre étude vivent chez leurs parents ou l'un de leurs parents (81%). Toutefois, si l'on compare les adolescents vivant chez leurs 2 parents et ceux vivant hors du foyer familial ou dont les parents ne vivent pas ensemble, nous notons quelques différences. Ainsi, ceux vivant chez leurs 2 parents ont des consommations d'alcool occasionnelles et massives ou des consommations régulières voire quotidiennes moindres que les autres (25% versus 40%). Ceci serait en faveur de l'hypothèse d'une **vulnérabilité accrue des adolescents en cas de diminution du contrôle parental induite par l'absence d'un ou des 2 parents.**

Par ailleurs, nous retrouvons un possible lien **entre faibles résultats scolaires et consommation d'alcool dans notre étude.** Ainsi, parmi les 7 adolescents qui ont déclaré avoir de mauvais résultats scolaires voire qui seraient en échec scolaire, 6 d'entre eux ont une consommation d'alcool au minimum occasionnelle et massive. Pour le dernier, l'information est manquante. De même, 66% des adolescents ayant une consommation d'alcool au minimum occasionnelle et massive sont en échec scolaire ou ont des résultats scolaires bas. **Des résultats scolaires bas seraient donc possiblement un facteur de risque de consommation d'alcool à l'adolescence dans notre étude.**

Par contre, **aucune association n'est retrouvée entre retard scolaire et consommation d'alcool.** L'une des explications possibles serait que le retard scolaire soit ancien, par exemple la conséquence d'un redoublement datant du primaire et qu'il ne traduirait donc plus la situation actuelle de l'adolescent. En fait, cela n'est le cas que pour 4 des 10 adolescents ayant un retard scolaire.

De même, notre étude ne met en évidence **aucun lien particulier entre intégration sociale et consommation d'alcool à l'adolescence.**

3.1.6. Les antécédents familiaux

La notion de mésusage parental d'alcool est fréquemment retrouvée dans notre étude puisqu'elle concerne 23% des cas, et ce malgré le nombre important de dossiers ne fournissant pas ces renseignements (7 cas). Dans notre étude, seuls les pères sont concernés par de tels antécédents. Ceci est assez proche des chiffres de Picherot et al. [89] pour qui « l'alcoolisme parental était retrouvé dans 25% des cas » et essentiellement chez les pères également (19% versus 6%). Néanmoins, aucun lien particulier ne peut être fait entre ce mésusage d'alcool paternel et les autres caractéristiques des adolescents inclus dans notre étude et ce du fait du manque de données probablement.

Si les mères ne sont pas concernées par les antécédents de mésusages d'alcool, elles le sont beaucoup plus par les antécédents thymiques dans notre étude (23%), troubles dépressifs et/ou anxieux. Ceci est tout à fait indépendant des mésusages d'alcool retrouvés chez les pères : un seul couple « mari dépendant/femme dépressive » est retrouvé dans notre étude. Dans tous les autres cas, la mère présentait un trouble thymique alors que le père ne présentait pas de mésusage d'alcool.

Ainsi, si nous cumulons les antécédents psychiatriques paternels (mésusage d'alcool notamment) et maternels (troubles anxio-dépressifs essentiellement), 48% des adolescents rencontrés pour IAA sont concernés par un de ces antécédents familiaux dans notre étude.

3.1.7. Profil de notre population

En guise de synthèse, nous allons à présent résumer les caractéristiques générales de notre population d'adolescents.

D'une manière générale :

- Ces adolescents consomment le plus souvent l'**après-midi**, à l'**extérieur**, entre **amis** dans une volonté d'émancipation, et dans une recherche de nouvelles références identitaires.
- **Peu de comorbidités personnelles** sont retrouvées.
- Les cas de **poly-consommations** et les antécédents de **TS** sont **rare**s.
- La situation socio-familiale de ces adolescents n'est pas spécialement précaire.

Ces caractéristiques sont donc, somme toutes, plutôt rassurantes.

Néanmoins, d'autres caractéristiques viennent assombrir notre tableau, il s'agit :

- du **jeune âge** de cette population ;
- de la **massivité des consommations** en terme de quantité (plus de 5 verres) et de qualité (alcools forts quasi exclusivement) ;
- de l'importance des consommations à **visée anxiolytique et auto-agressive** ;
- de la fréquence des **antécédents pédopsychiatriques** autres que les TS et les poly-consommations ;
- de la fréquence des **antécédents psychiatriques familiaux**.

Les usages potentiellement à risque qui semblent se dégager sont :

- une consommation **solitaire**
- et **matinale**
- à visée **anxiolytique** ou **auto-agressive**.

Parmi les facteurs de vulnérabilité potentiels, nous pouvons suggérer (avec toutes les réserves déjà mentionnées) :

- la **baisse du contrôle parental** et les **faibles résultats scolaires** ou l'**échec scolaire** parmi les facteurs psychosociaux et environnementaux ;
- le **sexe féminin** et l'**impulsivité** parmi les facteurs intrinsèques.

3.1.8. La prise en charge

3.1.8.1. Prise en charge de l'IAA après le passage aux urgences

Rappelons que pour l'ANAES, une telle prise en charge doit être similaire à celle des adolescents ayant fait une tentative de suicide. Qu'en est-il dans notre établissement ?

Dans notre étude, **une hospitalisation a été décidée dans la très grande majorité des cas** (93,5%), ce qui est donc conforme aux recommandations de l'ANAES citées précédemment (cf. p107). Dans l'étude de Picherot et al., ces hospitalisations représentaient 94% des cas et étaient d'une durée de 50 heures en moyenne. La durée moyenne d'hospitalisation n'est par contre, dans notre étude, que de **31,7 heures** (en excluant les 3 cas particuliers ayant nécessité une hospitalisation plus spécifique en pédopsychiatrie), alors que les recommandations évoquent une durée de 72 heures minimum, soit un temps d'observation 2 fois plus long. En comparaison, le temps d'hospitalisation est d'environ 1 semaine pour les

TS d'après le protocole d'accueil et de prise en charge de notre établissement [94] conformément aux recommandations de l'ANAES [4].

A l'Hôpital d'Enfants de Nancy, ces adolescents hospitalisés pour IAA sont admis dans des services de pédiatrie générale accueillant enfants et adolescents. Dans la mesure du possible, des aménagements sont effectués afin qu'un adolescent admis pour IAA puisse partager sa chambre avec des jeunes de son âge. Mais il n'existe pas spécifiquement, dans notre établissement, de « structure spécialisée pour l'accueil des adolescents » telle que le recommande l'ANAES.

Nous concevons donc aisément les limites et les difficultés à maintenir en hospitalisation « 72 heures au minimum » un adolescent pour IAA dans un service de pédiatrie générale, que ce soit pour des raisons logistiques que nous connaissons tous, mais également dans l'intérêt de la prise en charge de cet adolescent qui ne trouve pas forcément sa place dans un tel service.

Concernant l'évaluation sociale, elle reste exceptionnellement réalisée lors de l'admission d'un adolescent pour IAA dans notre établissement, alors qu'elle est systématique lors de la prise en charge des suicidants [94] conformément aux recommandations de l'ANAES [4]. L'ANAES conseille d'ailleurs que soit réalisée un bilan social [2] lors de la prise en charge des IAA de l'adolescent. Mais comme nous l'avons décrit plus haut, la situation socio-familiale des adolescents inclus dans notre étude ne paraissait pas extrêmement précaire. D'où probablement le faible recours aux assistantes sociales.

Enfin, dans notre étude, les parents sont très fréquemment rencontrés durant le court séjour de l'adolescent afin de permettre une évaluation de la situation familiale de l'adolescent mais aussi un travail de prévention de la récurrence auprès de l'entourage, et ce conformément aux recommandations de l'ANAES [2].

3.1.8.2. Suivi proposé à distance

Dans notre étude, près de la moitié des adolescents ont bénéficié d'une reconvoqueion auprès du pédopsychiatre à distance de l'épisode d'IAA index. Cet entretien permettait de réévaluer la situation clinique de l'adolescent à distance de « l'épisode aigu » et, éventuellement, de poursuivre l'évaluation débutée durant l'hospitalisation qui, faute de

temps, n'aurait pas pu être complète. L'indication ou non d'un suivi à plus long terme pouvait alors être réévaluée. Ainsi, ces reconvoctions constituent un possible moyen de palier au temps d'hospitalisation court.

A noter qu'un possible biais quant aux nombres relativement important de reconvoctions tient au fait que nous avons été nous même interne « de liaison » dans le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants de Brabois durant cette période et que l'intérêt que nous portons aux IAA des adolescents existait déjà alors. Cependant, d'une manière générale, nos résultats montrent que la proposition d'une reconvoction à distance est une constante chez l'ensemble des soignants de ce service.

Le délai entre la première rencontre dans les suites immédiates de l'IAA et cette seconde entrevue était variable, de 7 jours à un mois. Rappelons que pour la Société Française d'Alcoologie, « tout adolescent chez qui on suspecte un mésusage d'alcool mérite une investigation sur au moins 2 entretiens distants d'une ou deux semaines » [101].

D'après notre expérience, il semble effectivement qu'un délai d'un mois entre ces deux rendez-vous soit trop long, et parfois source d'absences aux reconvoctions. Les patients s'interrogent alors souvent sur l'intérêt d'une telle investigation à distance, désireux qu'ils sont « d'oublier ce mauvais souvenir » que constitue l'intoxication alcoolique aiguë, mais surtout et avant tout, à notre sens, désireux d'oublier cette hospitalisation, souvent source d'un sentiment de honte. Lorsque ce second entretien est réalisé dans des délais plus courts, il semble bien mieux accepté par le jeune et sa famille.

Quant aux suivis médico-psychologiques, 48% de notre population s'est vue conseillée l'initiation ou la poursuite d'un tel suivi. Dans l'étude de Picherot et al. [89], un suivi médico-psychologique a été proposé dans 68% des cas à la sortie d'hospitalisation. Nous pouvons nous interroger ici quant à l'intérêt des reconvoctions à distance proposées dans notre établissement qui permettent, peut-être, une meilleure évaluation de la situation clinique réelle et donc diminueraient les orientations excessives vers les CMP et autres suivis ambulatoires. Ceci expliquerait possiblement les différences observées entre nos 2 études. Néanmoins, nos deux populations n'étant pas appariées, nous ne pouvons absolument pas tirer de conclusions formelles.

Rappelons que le suivi ultérieur préférentiellement conseillé par l'ANAES consiste en des consultations en CMP pour adolescents et qu'il est recommandé de présenter ce lieu au cours de l'hospitalisation. Dans notre étude, 11 adolescents ont été orientés vers un CMP pour adolescents, soit 35% de notre population. Mais dans aucun de ces cas il n'a été possible de présenter ce lieu durant l'hospitalisation, faute de temps et de moyens. Seuls 6 d'entre eux ont effectivement bénéficié d'un tel suivi dans les suites de l'IAA index parmi lesquels 4 connaissaient déjà la structure. Quant aux 5 adolescents qui ne se sont pas présentés dans la structure qui leur était conseillée, aucun n'avait eu de contact antérieur avec la dite structure. La question de l'intérêt d'une présentation de ce « lieu de suite » au cours de l'hospitalisation se pose donc.

3.1.9. Devenir à 6 et 12 mois

3.1.9.1. Une évolution clinique rassurante ?

Comme nous l'avons détaillé précédemment, dans les 12 mois qui suivent l'IAA index, rares sont les adolescents que nous avons revus en hospitalisation pédopsychiatrique (2 sujets). Aucun des 31 sujets inclus ne semble avoir réalisé de tentative de suicide, ou du moins aucun n'a été hospitalisé à l'Hôpital d'Enfants de Brabois pour ce motif là. Quant aux récurrences d'IAA, une seule d'entre elles a conduit à une nouvelle hospitalisation.

Ceci paraît donc rassurant et constituerait une **différence avec le devenir à court terme des adolescents suicidants**, dont le risque de récurrences de TS, par exemple, serait accru dans les 3 et 12 mois suivant l'épisode index [10, 18, 94]. Par ailleurs, nous avons souligné que le profil de notre population paraissait globalement relativement peu alarmant. Dans ces circonstances, comment justifier une prise en charge similaire à celle des adolescents suicidants ?

3.1.9.2. Quelques réserves...

Ces IAA semblent survenir, comme nous l'avons présenté dans notre partie théorique et comme l'illustre également les résultats de notre étude, dans un contexte global de conduites de prise de risque telles les fugues, les conduites à risque sexuel, la consommation cannabique, essentiellement (même si, dans notre étude, les comorbidités avec les tentatives de suicide sont rares). La dimension d'impulsivité est fréquemment retrouvée dans notre étude. Ces adolescents consomment souvent des alcools forts, en grande quantité, se mettant

ainsi potentiellement en danger. Souvent, l'alcoolisation est recherchée dans un but autothérapeutique et non pas simplement festif.

Par ailleurs, certaines comorbidités qui n'étaient pas citées lors de l'IAA index semblent se révéler par la suite. Ainsi, ces 2 adolescents chez qui était diagnostiqué un trouble des conduites ont vu leur diagnostic évoluer vers celui d'un trouble psychotique pour l'un et un trouble de la personnalité de type borderline pour l'autre. Un trouble de l'humeur et un trouble anxieux ont été individualisés par la suite chez 2 autres adolescents.

Enfin, peut-on vraiment juger du profil évolutif de ces adolescents sur une période aussi courte ? En matière de consommation d'alcool et/ou d'autres toxiques, d'évolution vers un mésusage, une dépendance à l'alcool ou à d'autres produits, la réponse est bien évidemment : non ! Seul un suivi au long court permettrait une telle évaluation.

En fait, ces IAA semblent survenir dans différents contextes :

- les IAA « symptômes annonciateurs » d'une affection pédopsychiatrique (trouble psychotique, état limite, trouble anxieux ou trouble de l'humeur dans notre étude) ou d'une souffrance psychologique ;
- les IAA « indices » d'un risque addictif ;
- les IAA « initiatiques ».

Le risque ne se situe donc probablement pas à court terme comme pour les TS mais à plus long terme ; d'où l'importance d'une prise en charge adaptée.

3.2. Limites et critiques de notre étude

3.2.1. Limites méthodologiques générales

Une des limites méthodologiques de notre étude déjà préalablement citée est son **effectif relativement réduit**. De plus, cet effectif se trouve parfois d'autant plus restreint que certaines informations sont manquantes dans les dossiers car non renseignées par le soignant (« non précisé ») ou non appréciables par le patient (« inconnu »).

S'agissant de notre échantillon de population, il n'est peut-être **pas exhaustif des adolescents admis pour intoxication alcoolique aiguë à l'Hôpital d'Enfants de Nancy** puisqu'il ne prend en compte que ceux rencontrés par l'équipe de pédopsychiatrie après le passage dans un des services d'urgences (majoritairement le POSU de cet établissement pour 29 d'entre eux). A savoir qu'au POSU de cet établissement, les consignes concernant les IAA de l'adolescent sont : une hospitalisation systématique de même que la rencontre avec l'équipe de pédopsychiatrie. A priori donc, tous devaient avoir été vus par notre équipe.

Dans un souci de précision, nous avons néanmoins comparé la population d'adolescents admis au POSU de l'Hôpital d'Enfants de Nancy sur cette même période à notre propre échantillon. Après accord, nous avons relevé dans les registres de ce service le nombre « d'exogénoses aiguës » ayant été admises. Nous avons ainsi comptabilisé 33 sujets dont 29 figuraient dans notre propre échantillon. Parmi les 4 autres patients, 2 avaient bien été pris en charge par le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans les suites immédiates de l'IAA mais n'avaient pas été codés en F10.0 ou en X65.x par le soignant et avaient donc échappé à notre recueil. Les 2 autres n'avaient effectivement pas bénéficié d'une rencontre avec les pédopsychiatres. **Ce biais d'exhaustivité reste donc cependant relativement modéré.**

Nous pouvons, par contre, regretter **l'absence de groupe contrôle** permettant de mieux définir les caractéristiques des adolescents admis pour ivresse.

Enfin, un autre de nos regrets majeurs est **l'absence d'étude statistique** permettant d'indiquer si nos résultats et les liens mis en évidence sont significatifs ou non.

3.2.2. Limites et regrets concernant la partie rétrospective

Cette partie se base sur l'analyse rétrospective de dossiers de patients. Le recueil de données dépend donc de l'exhaustivité ou non des informations précisées. L'accès aux dossiers à la fois pédiatriques et pédopsychiatriques nous a permis de pallier quelque peu à ce biais. Toutefois, l'absence de questionnaire précis comme celui utilisé dans l'étude de Picherot et al. (qualifié de « dossier d'enquête ») [77], constitue une limite certaine.

Ainsi, l'aspect rétrospectif ne nous permet pas d'évaluer certaines données lorsqu'elles n'ont pas été recherchées. Il en est ainsi pour le Binge Drinking peu exploré précisément car les critères ont été peu recherchés par les soignants (recherche de « défoncé », notion de consommation rapide d'alcool...).

Par ailleurs, nous pouvons nous questionner sur la pertinence ou non de faire passer une échelle d'impulsivité aux adolescents rencontrés dans les suites d'une IAA, de type *version adolescent de l'échelle de Barratt*, afin d'objectiver plus précisément cette dimension de personnalité dans ce type de population.

Nous regrettons également que l'impact des comorbidités sur la consommation d'alcool, en terme de facteur de vulnérabilité, n'ait pas pu être apprécié par notre étude.

Pour conclure, nous pouvons nous interroger sur **l'intérêt de réaliser un nouveau travail de recherche plus conséquent, à l'effectif plus important, pourquoi pas multicentrique** (Hôpital d'Enfants, POSU de Toul, Lunéville et Pont à Mousson, tous dépendants du C.P.N.) **et prospectif** (questionnaire, échelles d'évaluation) qui viendrait préciser les caractéristiques de ce type de population.

3.2.3. Limites de la partie transversale

Une des limites de notre partie transversale est l'absence de reconvoctions ou de questionnaires adressés aux sujets inclus dans les 12 mois suivant l'IAA index. Cependant, rappelons que d'une part, le devenir à court terme ne constituait pas l'objectif principal de notre étude. D'autre part, au vu de notre effectif réduit, nous craignons que le nombre de non-répondeurs soit trop important pour permettre une analyse valable de ces résultats. Enfin, nous étions tenus également par un impératif de temps.

Par ailleurs, l'évaluation de ce devenir à court terme ne permet pas d'évaluer l'évolution des conduites de consommation d'alcool. De même, l'impact de l'âge de la première IAA n'est pas non plus appréciable ici par manque de recul. Ces différents éléments seraient appréciables par une évaluation du devenir à long terme ce qui nécessiterait une **étude longitudinale sur de nombreuses années**.

3.3. Perspectives

3.3.1. Sensibiliser les soignants au problème d'IAA chez l'adolescent

Notre étude nous a permis de nous rendre compte que l'évaluation du jeune adolescent rencontré dans les suites d'une IAA, souvent donc au décours d'une hospitalisation de courte durée, était relativement succincte et que de nombreux éléments d'anamnèse pouvaient manquer tels : l'âge de la première ivresse (or nous avons vu dans notre partie théorique les risques évolutifs d'une consommation précoce d'alcool), la fréquence des ivresses, les modalités de consommation d'alcool, les antécédents familiaux d'alcoolodépendance...

Il apparaît donc nécessaire de **sensibiliser les professionnels de santé quant à la nécessité d'évaluer ces consommations d'alcool** et de favoriser leur information et formation concernant la consommation d'alcool chez les adolescents.

3.3.2. Améliorer la prise en charge initiale

Concernant la prise en charge initiale, nous pouvons nous interroger quant à l'intérêt de certains tests de dépistage des consommations problématiques d'alcool à l'adolescence tels l'ADOSPA présenté page 105. L'avantage de ce test en est sa rapidité de passation et sa facilité d'utilisation. Il permettrait d'avoir un argument complémentaire à l'anamnèse habituelle et pourrait donc être utilisé lors de la première rencontre avec l'adolescent.

Toutefois, à notre connaissance, ce questionnaire n'a été validé, en France, qu'en population générale [54]. L'utilisation de cet outil en population hospitalisée ou consultant dans les centres spécialisés n'aurait pas encore été validée à ce jour dans notre pays.

Se pose également la question de reconvoctions systématiques ou non dans les suites d'une IAA. Nous en avons déjà évoqué l'intérêt en termes d'évaluation de la situation clinique (cf. p153). Rappelons également qu'un certain nombre d'adolescents ne se rendent pas au rendez-vous ambulatoire lorsque celui-ci est d'emblée conseillé. Pour notre part, nous pensons que de telles **reconvoctions devraient être systématiques** après une IAA chez l'adolescent.

3.3.3. Améliorer la prise en charge ultérieure

Par ailleurs, il paraît important de préparer en amont la prise en charge ultérieure. Ceci pourrait, par exemple, être réalisé par un travail en réseau de meilleure qualité.

Même si la présentation de ce « lieu de suite » n'est pas réalisable au cours de l'hospitalisation, une certitude est la nécessité d'une **coordination et d'un échange entre les différentes structures impliquées dans la prise en charge de ces adolescents**. Cet échange paraît indispensable non seulement entre l'équipe de liaison pédopsychiatrique qui prend en charge ces adolescents dans la période aiguë qui fait suite au passage aux urgences et les CMP pour adolescents, mais aussi entre structures d'addictologie et de pédopsychiatrie avec toutes les nuances que comportent les consommations d'alcool à l'adolescence comme nous l'avons déjà souligné. En effet, il semble important, dans une période comme l'adolescence, période de passage et de transition, période où les comportements sont mobiles, où les symptômes sont fluctuants, de mettre en commun les savoirs de chacun.

3.3.4. Proposition d'un protocole d'accueil et de prise en charge

Dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital d'Enfants de Nancy, n'existe pas, à l'heure actuelle, de protocole d'accueil et de prise en charge des enfants ou adolescents admis pour IAA à l'instar de celui existant pour les tentatives de suicide. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de proposer une ébauche de ce que pourrait être ce protocole dans notre établissement nancéen. C'est ce qui est développé dans l'encadré suivant.

Encadré 7 : PROTOCOLE D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE DES INTOXICATIONS ALCOOLIQUES AIGUËS à l'Hôpital d'Enfants de Nancy

Code diagnostic : F10.0 ou X65.x

ADMISSION :

Tout adolescent admis pour Intoxication Alcoolique Aiguë (IAA) aux urgences de l'Hôpital d'Enfants doit être hospitalisé quel que soit son degré d'alcoolémie à l'arrivée.

La prise en charge est somatique dans un premier temps avec surveillance de l'état clinique du patient. La rencontre avec les pédopsychiatres doit être systématique dès que l'état du patient le permet et notamment à la disparition de l'état de sédation.

HOSPITALISATION :

Elle est **systématique**. Elle se fera en pédiatrie dans un premier temps afin d'assurer la surveillance somatique. La première évaluation pédopsychiatrique se fera dans le cadre du travail de liaison, en service de pédiatrie. L'hospitalisation sera éventuellement complétée, dans un second temps et après cette évaluation initiale, d'une hospitalisation en pédopsychiatrie si la situation psychosociale de l'adolescent nécessite une prise en charge spécialisée de plus longue durée.

L'entretien pédopsychiatrique initial comportera :

- une évaluation des **circonstances de l'IAA** si cela n'a pas déjà été réalisé (heure de la prise d'alcool, lieu de la consommation, type et quantité d'alcool consommé, rapidité d'ingestion, personnes présentes, effets recherchés) ;
- la recherche d'**épisodes identiques ultérieurs** et l'**âge de la première IAA** ;
- une évaluation de la **consommation habituelle d'alcool** et/ou d'**autres produits** (dont le tabac) ;
- les principales **modifications apparues depuis le début de la consommation** ;
- la recherche d'autres **conduites à risque** ;
- la dimension d'**impulsivité** ;
- les symptômes de **souffrance psychique** ;
- les **antécédents pédopsychiatriques personnels** ;
- les **antécédents psychiatriques familiaux** dont la consommation d'alcool ;
- le **cadre social, scolaire et environnemental**.

Un repérage des consommations nocives d'alcool sera ensuite effectué par l'intermédiaire de l'**autoquestionnaire ADOSPA**.

(score ≥ 2 : risque modéré d'usage nocif, score ≥ 3 : risque élevé d'usage nocif)

Rappelons que l'ADOSPA ne constitue qu'un outil de repérage et que sa validité en population hospitalisée n'a pas encore été validée. En aucun cas il ne se substitue à l'observation clinique et sémiologique du soignant.

Une attention particulière sera accordée aux IAA :

- survenant le **matin** ou **de manière solitaire**,
- chez les jeunes **filles** à visée **anxiolytique** ou **auto-agressive**,
- chez les sujets **impulsifs** aux **antécédents familiaux de mésusage d'alcool**,
- chez les sujets en **échec scolaire** ou lorsque le **contrôle parental est défaillant**.

L'ensemble de ces informations devra être obtenu avant la sortie de l'adolescent. Une rencontre avec les parents est vivement souhaitée afin d'évaluer la **dynamique familiale**. L'intervention d'un travailleur social est souhaitable en cas de situation sociale précaire.

SORTIE et SUIVI :

Une **reconvocation** dans un délai de **7 à 15 jours** doit être **systématiquement** proposée à l'adolescent.

Lorsque l'anamnèse retrouve des **signes de mésusage d'alcool**, des **facteurs de vulnérabilité**, et ce d'autant plus que le **score au questionnaire ADOSPA est élevé**, un suivi doit être proposé à l'adolescent dans une structure ambulatoire de type CMP pour adolescents.

Dans les situations à la limite du mésusage et en cas de discordance entre l'anamnèse et le score obtenu à l'ADOSPA, un suivi à moyen terme doit être proposé.

Un lien sera effectué avec la structure ambulatoire qui assurera le suivi ultérieur de l'adolescent par courrier, appel téléphonique ou, au mieux, rencontre d'un des membres de l'équipe ambulatoire avec l'adolescent.

CONCLUSION GENERALE

La plupart des IAA à l'adolescence semblent survenir dans un contexte festif et convivial, à distance du cadre familial. Il s'agit souvent, pour l'adolescent, d'une volonté d'autonomisation et d'une recherche de nouvelles références identitaires au sein du groupe de pairs, comme nous avons pu l'expliquer dans notre partie théorique et l'illustrer dans notre étude.

Cependant, nous avons également montré que lors de ces IAA, les consommations d'alcool étaient massives et ne concernaient bien souvent que des alcools forts, dans une sorte de recherche délibérée de « défonce », ou *Binge Drinking*, aux conséquences potentiellement graves. S'agit-il d'un phénomène de mode, d'un changement dans les modes de consommation d'alcool ? Quoiqu'il en soit, la recherche de convivialité paraît moins certaine dans ce contexte et les IAA semblent alors plus s'intégrer dans des conduites globales de prise de risque.

Par ailleurs, plusieurs de ces IAA surviennent le matin et certaines de manière solitaire. L'effet d'automédication et la visée auto-agressive sont fréquemment recherchés dans notre étude, notamment chez les filles, puisqu'ils concernent un tiers de notre effectif. Certaines comorbidités sont révélées à distance de l'IAA index. Enfin, la dimension de personnalité la plus fréquemment retrouvée est l'impulsivité.

Notre travail suggère donc, qu'au-delà des IAA « initiatiques », ces épisodes d'IAA seraient, et peut-être de manière plus fréquente que nous le pensions, soit des symptômes manifestes d'une souffrance psychologique ou des symptômes « annonciateurs » d'une pathologie psychiatrique, soit encore des « indices » d'un risque addictif à surveiller.

Ainsi, même si les sujets rencontrés pour IAA semblent avoir un profil évolutif à court terme plus rassurant que ceux hospitalisés pour tentative de suicide, il nous paraît important de ne pas banaliser ces épisodes d'IAA et de réaliser une prise en charge adaptée. Dans cette perspective, nous avons proposé un protocole d'accueil et de prise en charge des adolescents et des enfants admis à l'Hôpital d'Enfants de Nancy pour IAA.

Par ailleurs, nous avons souligné qu'une attention particulière devait être accordée :

- aux IAA survenant le matin ou de manière solitaire,
- aux IAA survenant chez des jeunes filles dans un contexte d'automédication,

- aux IAA dans un contexte d'échec scolaire ou lorsque le contrôle parental est défaillant,
- aux IAA survenants chez des adolescents présentant une dimension de personnalité impulsive.

Enfin, nous espérons que ce travail préliminaire permettra à d'autres de poursuivre les investigations dans ce vaste domaine de la consommation de toxiques à l'adolescence. Nous souhaiterions également que ce travail soit l'ébauche d'un partenariat toujours renouvelé avec nos collègues pédiatres, psychiatres d'adultes et addictologues.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Adès D., Lejoyeux M.**
Urgences psychiatriques dans l'alcoolisation aiguë.
Rev Prat, 1993, 43 (16), 2060-2063.
2. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.**
Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Argumentaire.
Paris, ANAES, septembre 2001, 47p.
3. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.**
Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Recommandations.
Paris, ANAES, septembre 2001, 22p.
4. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.**
Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide.
Recommandations professionnelles.
Paris, ANAES, novembre 1998, 44p.
5. **American Psychiatric Association.**
Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000).
Paris, Masson, 2004, 384p.
6. **Aseltine RH., Schilling EA., James A., Glanovsky JL., Jacobs D.**
Age variability in the association between heavy episodic drinking and adolescent suicide attempts : findings from a large-scale, school-based screening program.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2009, 48 (3), 262-270.
7. **Bailly D.**
Particularités cliniques de l'alcoolisme de l'enfant et de l'adolescent.
In *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives* / éd. par Adès J. et Lejoyeux M.
Paris, Masson, 2003, 179-200.
8. **Baudry P.**
Le corps extrême : approche sociologique des conduites à risque.
Paris, L'Harmattan, 1991, 240p.
9. **Birraux A.**
Alcoolique, une identité.
In *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse* / éd. par Huerre P. et Marty F.
Paris, Albin Michel, 2007, 79-107.

10. **Bobin E., Sarfati Y.**
Tentatives de suicide à répétition : peut-on arrêter les "recidivistes" ?
Nervure, 2003, XVI (3), 14-18.
11. **Bonomo YA., Bowes G., Coffey C., Carlin JB., Patton GC.**
Teenage drinking and the onset of alcohol dependence : a cohort study over seven years.
Addiction, 2004, 99, 1520-1528.
12. **Brook JS., Cohen P., Brook DW.**
Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1998, 37 (3), 322-330.
13. **Bukstein OG., Brent DA., Kaminer Y.**
Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents.
Am J Psych, 1989, 146, 1131-1141.
14. **Catry C., Marcelli D., Gervais Y.**
Adolescence et addiction.
In *Traité d'addictologie* / éd. par Reynaud M.
Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2006, 84-90.
15. **Choquet M.**
Consommation parmi les jeunes en France et en Europe.
BEH thématique, 2006, 34-35, 261-264.
16. **Choquet M.**
Les jeunes européens et l'alcool.
In *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse* / éd. par Huerre P. et Marty F.
Paris, Albin Michel, 2007, 303-315.
17. **Choquet M., Com-Ruelle L., Leymarie N., Lesrel J.**
Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France.
Paris, IREB, 2003.
18. **Choquet M., Granboulan V.**
Les jeunes suicidants à l'Hôpital.
Paris, Editions E.D.K., 2004, 191p.
19. **Choquet M., Ledoux S., Hassler C., Beck F., Peretti-Watel P.**
Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999, évolution 1993-1999.
Tendances, 2000, 6.
20. **Cloninger CR.**
A systematic method for clinical description and classification of personality variants.
Arch Gen Psychiatry, 1987, 44, 573-588.

- 21. Coslin PG.**
De la fête à l'abus.
In *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse* / éd. par Huerre P. et Marty F.
Paris, Albin Michel, 2007, 19-30.
- 22. Craplet M.**
Historique des conduites d'alcoolisation.
In *Traité d'addictologie* / éd. par Reynaud M.
Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2006, 303-306.
- 23. Craplet M.**
Le vin, deux mille ans d'enracinement gaulois.
La Santé de l'homme, 2003, 368 (novembre-décembre), 19-20.
- 24. DeWit DJ., Adlaf EM., Offord DR., Ogborne AC.**
Age at first alcohol use : a risk factor for the development of alcohol disorders.
Am J Psychiatry, 2000, 157, 745-750.
- 25. Dick DM., Rose RJ., Viken RJ., Kaprio J.**
Pubertal timing and substance use : associations between and within families across late adolescence.
Dev Psychol, 2000, 36, 180-189.
- 26. Discour V.**
Etat des lieux des recherches.
In *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse* / éd. par Huerre P. et Marty F.
Paris, Albin Michel, 2007, 360-378.
- 27. Elliott DS., Huizinga D., Menard S.**
Multiple Problem Youth : Delinquency, Substance Use, and Mental Health Problems.
Springer-Verlag, New York, 1989.
- 28. Ellrodt A.**
L'intoxication alcoolique aiguë (IAA) aux urgences.
In *Urgences Médicales* / éd. par A. Ellrodt.
Paris, Edition Estem, 2005, 70-74.
- 29. Engs RC., Hanson DJ.**
University Students' Drinking Patterns and Problems : Examining the Effects of Raising the Purchase Age.
Public Health Reports, 1988, 103 (6), 667-673.
- 30. Erikson EH.**
Identity youth and crisis.
New-York, W.W. Norton Co. Inc., 1968, 336p.
- 31. Facy F., Philippe A.**
Alcool et tentatives de suicide chez les jeunes.
Psychol Med., 1985, 17, 1871-1874.

32. **Feline A., Adès J.**
Aspects actuels de l'alcoolisme du sujet jeune.
Ann Méd Psychol, 1980, 138, 80-86.
33. **Freud S.**
Trois essais sur la théorie de la sexualité.
Paris, Gallimard, 1962.
34. **Gasquet I., Alvin P., Deveau A.**
Qui sont les adolescents consultant aux urgences et comment sont-ils pris en charge ?
Enquête auprès de six hôpitaux de l'AP-HP.
Paris, AP-HP, 1999.
35. **Godeau E., Grandjean H., Navarro F.**
La Santé des élèves de 11 à 15 ans en France : 2002. Données françaises de l'enquête internationale HBSC.
Paris, INPES, 2005.
36. **Grant BF., Dawson DA.**
Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence : results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey.
J Subst Abuse, 1997, 9, 103-110.
37. **Guibert S., Perault S., Richard D.**
Définitions et classifications de l'alcoolisme.
In *Traité d'addictologie* / éd. par Reynaud M.
Paris, Edition Flammarion, 2006, 307-311.
38. **Haute Autorité de Santé.**
Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Recommandations de la commission d'audition.
Saint-Denis La Plaine, Mai 2007, 37p.
39. **Health Development Agency.**
Binge drinking in the UK and on the continent.
HDA Briefing, Juin 2004, consulté en 2009.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/documents/CHB8-binge-drinking.pdf>
40. **Herman AI., Philbeck JW., Vasilopoulos NL., Depetrillo PB.**
Serotonin transporter promoter polymorphism and differences in alcohol consumption behaviour in a college student population.
Alcohol & Alcoholism, 2003, 38 (5), 446-449.
41. **Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M.**
The ESPAD Report : Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries.
Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2004, 457p.

42. **Hill KG., White HR., Chung IJ., Hawkins JD., Catalano RF.**
Early Adult Outcomes of Adolescent Binge Drinking : Person- and Variable-Centered Analyses of binge Drinking Trajectories.
Alcohol Clin Exp Res, 2000, 24 (6), 892-901.
43. **Hingson RW., Heeren T., Zakocs R., Winter M., Wechsler H.**
Age of first intoxication, heavy drinking, driving after drinking, and risk of unintentional injury among U.S. college students.
J Stud Alcohol, 2003, 64, 23-31.
44. **Huerre P., Marty F.**
Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse.
Paris, Albin Michel, 2007, 410p.
45. **INSERM.**
Données génétiques sur la dépendance et la vulnérabilité.
In *Alcool. Dommages sociaux. Abus et dépendance. Expertise collective*.
Paris, Editions INSERM, 2003, 339-349.
46. **INSERM.**
Facteurs cliniques prédictifs d'abus ou de dépendance.
In *Alcool. Dommages sociaux. Abus et dépendance. Expertise collective*.
Paris, Editions INSERM, 2003, 271-279.
47. **INSERM.**
Prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes.
In *Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver*.
Paris, Editions INSERM, 2003, 51-67.
48. **Institut de recherches scientifiques sur les boissons.**
Binge drinking : un phénomène qui reste à préciser.
Recherche & Alcoologie. La lettre d'information de l'Ireb, janvier 2007, numéro 32, consulté en 2008.
<http://www.ireb.com/publications/lettres/Newsletter%20n32.pdf>
49. **Jellinek EM.**
The disease concept of alcoholism.
New Haven, Hill-house Press, 1960, 246p.
50. **Johnston LD., O'Malley PM.**
Why do the nation's students use drugs and alcohol ? Self-reported reasons from nine national surveys.
J Drug Issues, 1986, 16, 29-66.
51. **Jouventin P.**
Analyse anthropologique du problème « alcool » au sein d'un hôpital de jour d'alcoologie.
Psy-Cause, 2002, 28-29, consulté en 2008.
<http://psycause.fr.st/>

- 52. Jull A.**
The CRAFFT test was accurate for screening for substance abuse among adolescent clinic patients.
Evid Based Nurs., 2003, 6 (1), 23.
- 53. Karila L., Coscas S., Benyamina A., Reynaud M.**
Un comportement à causes multiples.
In *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse* / éd. par Huerre P. et Marty F.
Paris, Albin Michel, 2007, 31-38.
- 54. Karila L., Legleye S., Beck F., Corruble E., Falissard B., Reynaud M.**
Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA.
La Presse Médicale, 2007, 36, 582-590.
- 55. Karsenty S., Mélihan-Cheminin P., Martin D., Larochette N., Maro D., Larabi M.**
Premier état des lieux de l'application des règlements interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans.
BEH thématique, 2006, 34-35, 264-266.
- 56. Koopmans JR., Boomsma DI.**
Familial resemblances in alcohol use : genetic or cultural transmission ?
J Stud Alcohol, 1996, 57 (19-28).
- 57. Lamminpää A.**
Acute alcohol intoxication among children and adolescents.
Eur J Pediatr., 1994, 153 (12), 868-872.
- 58. Le Breton D.**
Conduites à risque... ou passation du risque.
La Santé de l'homme, 2006, 386, 22-25.
- 59. Le Breton D.**
Passions du risque.
Paris, Métailié, 1991, 180p.
- 60. Le Fourn M.**
Pourvu qu'on ait l'ivresse et le flacon.
In *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse* / éd. par Huerre P. et Marty F.
Paris, Albin Michel, 2007, 119-131.
- 61. Legleye S., Spilka S., Le Nezet O.**
Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD.
Paris, OFDT, 2007, 77p.
- 62. Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Hassler C., Choquet M.**
Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Evolutions, usages récents, accessibilité et modes de vie. Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2007.
Tendances, 2009, 64.

- 63. Levy JC., Deykin EY.**
Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence.
Am J Psych, 1989, 146, 1462-1467.
- 64. Lintonen T., Rimpelä M., Vikat A., Rimpelä A.**
The effect of societal changes on drunkenness trends in early adolescence.
Health Education Research, 2000, 15 (3), 261-269.
- 65. Mahler V.**
Quand le marketing cible les jeunes.
In *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse* / éd. par Huerre P. et Marty F.
Paris, Albin Michel, 2007, 132-151.
- 66. Malher M.**
Psychose infantile, symbiose humaine et individuation.
Paris, Payot, 1973.
- 67. Marcelli D., Braconnier A.**
Adolescence et psychopathologie. Sixième édition.
Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2007, 631p.
- 68. Marty F.**
La dépendance, un déni de perte. La dépression marquée.
In *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse* / éd. par Huerre P. et Marty F.
Paris, Albin Michel, 2007, 59-78.
- 69. McCarty CA., Ebel BE., Garrison MM., DiGiuseppe DL., Christakis DA., Rivara F.**
Continuity of Binge and Harmful Drinking From Late Adolescence to Early Adulthood.
Pediatrics, 2004, 114 (3), 714-719.
- 70. Melchior M., Chastang JF., Goldberg P., Fombonne E.**
High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France : Results from the GAZEL Youth study.
Addictive Behaviors, 2008, 33 (1), 122-133.
- 71. Michel G.**
La prise de risque à l'adolescence.
Paris, Masson, 2001, 217p.
- 72. Michel G., Le Heuzey MF., Purper-Ouakil D., Mouren-Siméoni MC.**
Recherche de sensations et conduites à risque chez l'adolescent.
Ann Méd Psychol, 2001, 159, 708-716.
- 73. Michel G., Mouren-Siméoni MC., Perez-Diaz F., Falissard B., Carton S., Jouvent R.**
Construction and validation of a sensation seeking scale for adolescents.
Pers Indiv Diff, 1999, 26, 159-174.

- 74. Michel G., Purper-Ouakil D., Mouren-Siméoni MC.**
Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2006, 54, 62-76.
- 75. Michel G., Purper-Ouakil D., Mouren-Siméoni MC.**
Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psycho-actives à l'adolescence.
Ann Méd Psychol, 2001, 159, 622-631.
- 76. Miller WR., Brown JM.**
Self-regulation as a conceptual basis for the prevention of addictive behaviours.
In *Self control and the addictive behaviours*. / éd. par N. Heather, W. R. Miller, J. Greeley.
Sidney, Maxwell Macmillan Publishing Australia, 1991, 3-79.
- 77. Muszlak M., Picherot G.**
Intoxication éthylique aiguë de l'adolescent aux urgences. Une enquête prospective multicentrique française.
Alcoologie et addictologie, 2005, 27 (1), 5-12.
- 78. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).**
NIAAA Council Approves Definition of Binge Drinking.
NIAAA Newsletter, WINTER 2004 Number 3, consulté en 2008.
http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf
- 79. Newcomb MD.**
Psychosocial predictors and developmental perspective within a prospective study.
J Addict Diseases, 1997, 16, 51-89.
- 80. Newcomb MD., Bentler PM.**
Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults : a longitudinal study.
J Abnormal Psych, 1988, 97, 64-75.
- 81. Nezelof S., Corcos M., Bizouard P., Jeammet P., Réseau de dépendance INSERM.**
Complexité et enjeux de la recherche clinique en psychiatrie de l'adolescent. A propos de l'étude du réseau dépendance sur les dimensions psychopathologiques communes aux conduites addictives.
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2006, 54, 9-15.
- 82. Organisation Mondiale de la Santé.**
CIM-10. Classification Internationale des Maladies. Dixième révision.
Paris, Masson, 2000, 305p.
- 83. Paillard MC., Bergeron G., Bedoret JM., Blanckaert D.**
Les intoxications éthyliques aiguës de l'enfant. Aspects cliniques et sociaux (à propos de 32 observations).
LARC Medical, 1982, 2 (5), 379-388.

- 84. Paille F.**
L'alcool, une drogue comme les autres ?
La santé de l'homme, 2003, 368, 25-26.
- 85. Pandina R-J., Johnson V.**
Serious alcohol and drug problems among adolescents with a family history of alcoholism.
J Stud Alcohol, 1990, 51, 278-282.
- 86. Parquet J., Bailly D.**
Les ivresses chez l'enfant et l'adolescent.
Annales de Pédiatrie, 1988, 35, 673-676.
- 87. Patton GC., McMorris BJ., Toumbourou JW., Hemphill SA., Donath S., Catalano RF.**
Puberty and the Onset of Substance Use and Abuse.
Pediatrics, 2004, 114 (3), 300-306.
- 88. Pelicier Y.**
Les ivresses.
Bordeaux-Le Bouscat, L'esprit du Temps, 1994, 315p.
- 89. Picherot G., Muszlak M., David V., Dufilhol-Dréno L., Alvin P., et al.**
Intoxication alcoolique aiguë aux urgences : enquête prospective multicentrique.
Archives de pédiatrie, 2003, 10 (Suppl 1), 137-147.
- 90. Picherot G., Muzslack M., Hazart I., Gras D., Dreno L., Gras-Leguen C.**
Alcool et adolescence.
Journal de pédiatrie et de puériculture, 2007, 20, 321-324.
- 91. Prescott CA., Kendler KS.**
Age of first drink and risk for alcoholism : a noncausal association.
Alcohol Clin Exp Res, 1999, 23, 101-107.
- 92. Reynaud M., Schwan R., Loiseaux-Meunier MN., Albuissou E., Deteix P.**
Patients Admitted to Emergency Services for Drunkenness : Moderate Alcohol Users or Harmful Drinkers ?
Am J Psychiatry, 2001, 158 (1), 96-99.
- 93. Richter M., Leppin A., Nic Gaghainn S.**
The relationship between parental socio-economic status and episodes of drunkenness among adolescents : findings from a cross-national survey.
BMC Public Health, 2006, 6, 289.
- 94. Rouyer-Ligier F.**
Devenir psychosocial à 10 ans de 64 adolescents suicidants hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy. 188p.
Th. D : Méd. : Nancy 1 : 2007.

- 95. Schilling EA., Aseltine RH., Glanovsky JL., James A., Jacobs D.**
Adolescent Alcohol Use, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts.
Journal of Adolescent Health, 2009, 44, 335-341.
- 96. Schuckit MA., Goodwin DA., Winokur G.**
A study of alcoholism in half siblings.
Am J Psych, 1972, 128, 1132-1136.
- 97. Schuckit MA., Smith TL.**
An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects.
Arch Gen Psychiatry, 1996, 53, 202-210.
- 98. Schuckit MA., Smith TL., Kalmijn J., Tsuang J., Hesselbrock V., Bucholz K.**
For the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA). Response to alcohol in daughters of alcoholics : a pilot study and a comparison with sons of alcoholics.
Alcohol Alcohol, 2000, 35, 242-248.
- 99. Schwan R.**
Usage nocif d'alcool.
In *Traité d'addictologie* / éd. par Reynaud M.
Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2006, 361-365.
- 100. Société Française d'Alcoologie.**
Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions.
Alcoologie et addictologie, 2001, 23 (4 Suppl.), 1S-76S.
- 101. Société Française d'Alcoologie.**
Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque. Usage nocif.
Alcoologie et addictologie, 2003, 25 (4S), 3S-5S.
- 102. Société Francophone d'Urgences Médicales.**
L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'Accueil et d'Urgence.
Deuxième conférence de consensus en médecine d'urgence, Saint Etienne, avril 1992.
- 103. Société Francophone de Médecine d'Urgence.**
L'intoxication éthylique aiguë dans les services d'Accueil et d'Urgence.
Congrès Urgences 2001, Paris, avril 2001.
- 104. Swahn MH., Bossarte RM.**
Gender, Early Alcohol Use, and Suicide Ideation and Attempts : Findings from the 2005 Youth Risk Behavior Survey.
Journal of Adolescent Health, 2007, 41, 175-181.
- 105. Thomas BS.**
Direct and indirect effects of selected risk factors in producing adverse consequences of drug use.
Sub Use Misuse, 1997, 32, 377-398.

- 106. Viner RM., Taylor B.**
Adult outcomes of binge drinking in adolescence : findings from a UK national birth cohort.
J Epidemiol Community Health, 2007, 61 (10), 902-907.
- 107. Wechsler H., Dowdall GW., Davenport A., Castillo S.**
Correlates of college student binge drinking.
Am J Public Health, 1995, 85, 921-926.
- 108. Wechsler H., Isaac N.**
"Binge" drinkers at Massachussets colleges : Prevalence, drinking style, time trends, and associated problems.
JAMA, 1992, 267, 2929-2931.
- 109. Weinberg L., Wyatt JP.**
Children presenting to hospital with acute alcohol intoxication.
Emerg. Med. J, 2006, 23, 774-776.
- 110. Wills TA., Vaccaro D., McNamara G.**
Novelty-seeeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory.
J Subst Abuse, 1994, 6, 1-20.
- 111. Wills TA., Vaccaro D., McNamara G.**
The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use : a test of vulnerability and protective factors.
Am J Com Psychol, 1992, 20, 349-374.
- 112. Wills TA., Vaughan R.**
Social support and substance use in early adolescence.
J Behav Medic, 1989, 12, 321-339.
- 113. Windle M.**
The difficult temperament in adolescence : associations with substance use, family support, and problem behaviors.
J Clinic Psychol, 1991, 47, 310-315.
- 114. Woolfenden S., Dossetor D., Williams K.**
Children and Adolescents with Acute Alcohol Intoxication/Self-poisoning Presenting to the Emergency Department.
Arch Pediatr Adolesc, 2002, 156, 345-348.
- 115. World Health Organization.**
Lexicon of alcohol and drugs terms published by the World Health Organization.
consulté en 2008.
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- 116. Zuckerman M.**
The Psychophysiology of sensation-seeking.
J Pers, 1990, 58, 313-339.

VU

NANCY, le 17 mai 2009
Le Président de Thèse

NANCY, le 25 mai 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur D. SIBERTIN-BLANC

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 28 mai 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THESE

Les Intoxications Alcooliques Aiguës (IAA) à l'adolescence, manifestations fréquentes d'un nouveau phénomène, le *Binge Drinking*, peuvent avoir de multiples conséquences et conduire à l'admission en service d'Urgences. En France, peu d'études existent sur les IAA de l'adolescent aux urgences.

Après un rappel historique et nosographique, l'auteur dressera un état des lieux clinique puis épidémiologique des conduites d'alcoolisation à l'adolescence afin de resituer ces IAA dans un contexte plus général. Des approches explicatives seront proposées et les recommandations actuelles évoquées.

Cette partie théorique permettra à l'auteur de discuter des résultats de son étude portant sur 31 adolescents rencontrés dans les suites d'une IAA à l'Hôpital d'Enfants de Nancy sur une période d'un an. Certaines des caractéristiques de la population interpellent (le jeune âge, la massivité des consommations, la fréquence des IAA à visée auto-thérapeutique, des consommations matinales d'alcool et des antécédents personnels pédopsychiatriques). Des facteurs de vulnérabilité ont pu être suggérés tels l'impulsivité, de faibles résultats scolaires, un contrôle parental défaillant.

Bien que les IAA semblent souvent faire suite à une recherche identitaire au sein du groupe de pairs, les IAA à visée auto-thérapeutique et les IAA symptômes annonciateurs d'une pathologie pédopsychiatrique sont également fréquentes dans cette étude. Aussi, même si le devenir à court terme de ces adolescents paraît relativement bon, il paraît important de ne pas banaliser ces IAA. Un protocole d'accueil et de prise en charge a été proposé par l'auteur.

TITRE EN ANGLAIS

Acute Alcohol Intoxications in adolescence :

One year experience at Nancy Children Hospital (31 cases).

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2009

MOTS CLÉS : Intoxication Alcoolique Aiguë / Adolescence / Conduites d'alcoolisation / Binge Drinking / Ivresses / Urgences / Vulnérabilité / Recommandations

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, Avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex