



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 Générale

par

Ivana PENIAK

le 26 Juin 2009

L'ADOLESCENT FACE A L'ALCOOL :
A propos d'une étude aux urgences du CHU de Nancy

Examineurs de la thèse :

M. SCHMITT Michel	Professeur	Président
Mme. VIDAILHET Colette	Professeur	Juge
M. PAILLE François	Professeur	Juge
Mme. CAVARE VIGNERON Sylvie	Docteur en Médecine	Juge

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du Troisième Cycle de Médecine Générale

par

Ivana PENIAK

le 26 Juin 2009

L'ADOLESCENT FACE A L'ALCOOL :
A propos d'une étude aux urgences du CHU de Nancy

Examineurs de la thèse :

M. SCHMITT Michel	Professeur	Président
Mme. VIDAILHET Colette	Professeur	Juge
M. PAILLE François	Professeur	Juge
Mme. CAVARE VIGNERON Sylvie	Docteur en Médecine	Juge

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

Asseseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET - Guy RAUBER – Paul SADOUL

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX

Michel MANCIAUX – Pierre PAYSANT- Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX

Jean DUHEILLE - Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH

Michel PIERSON - Jacques ROBERT - Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER -- Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET - Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE

Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES - Alain LARCAN – Gérard VAILLANT

Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER - Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE -- Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE -- Adrien DUPREZ – Paul VERT

Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT - Michel WEBER

Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD - Jean-Pierre NICOLAS

Francis PENIN -- Michel STRICKER - Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE

Jean-Pierre MALLIÉ - Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Bruno CHENUÉL

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 Luc PICARD – 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 Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

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 Guy PETIET – 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 Christian JANOT – 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 Pierre BEY – 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 Dan LONGROIS – 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-vénérologie)

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 MACE

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 – Professeur Abdelouahab BELLOU

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 – Professeur Bruno DEVAL

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 : (Ophtalmologie)

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

Docteur Laurent ANTUNES

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

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 Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

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 Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur 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

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 Anne KENNEL – 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 Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

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

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

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

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

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 Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT

Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET

Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY – Professeur Jean FLOQUET

Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER -

=====

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 Michel SCHMITT

Professeur de Chirurgie Infantile

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Chevalier dans l'Ordre National du Mérite

*Nous avons été très sensibles à l'honneur que vous nous
avez fait en acceptant de présider ce jury de thèse.*

Vous avez toujours été pour nous un conseiller éclairé

*Puissez-vous trouver dans ce travail l'expression de
notre profonde reconnaissance*

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de Thérapeutique (option clinique)

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail

*Veillez trouver ici l'expression
de notre profonde gratitude*

A notre Maître et Juge,

Madame le Docteur Sylvie CAVARE VIGNERON

**Praticien Hospitalier au Service d'Accueil des Urgences à
l'Hôpital d'Enfants**

*Nous vous remercions d'avoir accepté
de diriger et de juger ce travail*

*L'intérêt que vous avez témoigné pour ce travail
nous a été d'une grande utilité*

*Votre dévouement sans faille
a été à la hauteur de votre savoir,
veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance*

A mes parents,

Durant toutes ces années, votre soutien est resté sans faille. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond amour.

A mes deux « babka », malgré la distance qui nous sépare, vous êtes jamais très loin de mon cœur. Merci d'avoir toujours tout fait pour mon bonheur.

Napriek vzdialenosti, ktorá nás od seba odd'ahuje, nikdy nie ste d'aleko môjmu srdcu. Ďakujem Vám, že už od môjho detstva ste robili všetko pre to, aby som bola šťastná. Nikdy Vám to nezabudnem.

A la mémoire des mes grands-pères,

Vous nous avez quittés trop tôt

Pre spomienku na mojich dedkov, opustili ste nás veľmi skoro

A tous les membres de ma famille,

Ďakujem Majde, Anke, krstným rodičom a samozrejme aj Patrikovi s Danielou, že ste ma prišli svojou prítomnosťou poľesiť a povzbudiť v tento den. Verím, že splním Vaše nádeje, ktoré ste do mňa vkladali a stále, dúfam ešte vkladáte, a že spolu prežijeme ešte veľa krásnych a šťastných chvíľ.

A mes inconditionnels compères :

Alice: notre Paris Hilton nancéenne

Julien : notre Chouchou national

Sophie : ma collaboratrice à « la clinique du bonheur »

Thomas : inventeur du STDS (Soirée Tarot du Dimanche Soir) !

Au cas où nos chemins viennent à se séparer, RDV en 2069 à la Maison de Retraite du Touquet pour un interlude de “Paris en Colère” !

A Arnaud (mon partenaire fiscal), Alex, J Manu, J Ro, Clément, Matthieu, Fabienne (The co-interne)

A mes “ P2 préférées” : Anne Cé, Amél et Clém

A mes acolytes bisontins : Pepette, Piccollo, Dizzy et Twicky

A tous mes co-internes

A tous mes amis carabins

A tous ceux qui m’ont aidé dans ce travail :

Dr. Anne BORSA DORION, qui m’a permis d’ étoffer ma bibliographie

Le personnel paramédical des urgences pédiatriques de l’Hôpital d’Enfants

Dr. Mahmut GUNDESLI, pour les recherches dans Resurgences

Dr. Clotilde LATARCHE, qui m’a épaulé avec efficacité lors de l’exploitation des données de mon enquête

Sophie et Thomas, les faisant fonction de “Bernard Pivot”

Matthieu, mon “bras droit” en informatique

A l’ensemble du personnel du service de Médecine A de Lunéville, et particulièrement aux Dr. PIERSON et Dr. Véronique MERVELAY

A toutes celles et ceux que j’oublie forcément !

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!"

Sommaire

Liste des abréviations.....	6
Introduction	7
Etude bibliographique :Adolescent, alcool et autres substances.....	10
A. Place de l'alcool dans notre société.....	11
1. Généralités et historique	11
2. Différents modes de consommation.....	11
2.1. La non consommation.....	11
2.2. L'usage	12
2.3. L'usage à risque.....	12
2.3.1. <i>Les risques situationnels (quand ?)</i>	13
2.3.2. <i>Les modalités de consommation (comment ?)</i>	13
2.3.3. <i>La consommation au-delà de certaines quantités (combien ?)</i>	14
2.4. L'usage nocif	14
2.5. La dépendance	15
2.5.1. <i>Définition</i>	15
2.5.2. <i>Neurobiologie de la dépendance</i>	16
2.5.3. <i>Rôle de la génétique</i>	16
2.5.4. <i>Aspect sociologique</i>	17
2.5.5. <i>Facteurs psychologiques</i>	17
3. Législation vis-à-vis de mineurs	18
B. L'adolescent, personnalité fragile ?.....	20
1. L'adolescence, « période charnière »	20
1.1. Définition.....	20
1.2. Modifications biologiques et physiologiques	21
1.2.1. <i>Mécanismes neurohormonaux de la puberté</i>	21
1.2.2. <i>Mécanismes hormonaux de la poussée de croissance pubertaire</i>	21
1.3. Description clinique	21
1.3.1. <i>Age</i>	21
1.3.2. <i>Premiers signes cliniques</i>	22
1.3.3. <i>Biomorphisme de la puberté</i>	22

1.3.4. Stades pubertaires : classification de Tanner.....	22
1.4. Modifications psychologiques liées à l'adolescent.....	24
1.4.1. Généralités.....	24
1.4.2. La subjectivation.....	24
1.4.3. Le processus de séparation – individualisation.....	25
1.4.4. Le travail de deuil.....	25
1.4.5. Le « Pubertaire ».....	25
1.4.6. Conclusion : le corps, la famille, la société.....	26
2. Santé de l'adolescent.....	27
2.1. Médecine de l'adolescent, médecins d'adolescents	27
2.2. Comportements de santé et santé des adolescents	28
2.2.1. Symptômes de santé subjectifs.....	29
2.2.2. Satisfaction personnelle.....	31
2.2.3. Lien entre plaintes somatiques et satisfaction personnelle.....	32
2.3. La différence des comportements de santé en fonction du sexe.....	33
2.4. Les adolescents aux urgences hospitalières	35
2.4.1. Motif de passage.....	35
2.4.2. Orientation d'aval	36
C. Consommation de substances et toxicomanies chez l'adolescent	37
1. Généralités.....	37
2. Epidémiologie.....	37
3. Le tabagisme	39
4. Le cannabis.....	39
5. Produits illicites et détournés.....	40
6. L'alcool.....	41
6.1. Le « parcours » de l'alcool dans l'organisme.....	41
6.2. Epidémiologie.....	42
D. L'adolescent face à l'alcool.....	43
1. Etat des lieux	43
2. « Binge drinking ».....	44
2.1. Facteurs de risque et prévalence.....	44

2.2. Modalités de consommation.....	44
3. Les risques immédiats liés à la consommation d'alcool	45
3.1. Alcool et accidents.....	45
3.2. Alcool et conduites à risques en matière de sexualité.....	46
3.3. Alcool et conduites suicidaires	46
4. Facteurs de risque d'installation d'une conduite addictive chez l'adolescent.....	46
4.1. Modalités de consommation à risque.....	46
4.1.1. Age de début précoce.....	47
4.1.2. Cumul de consommation de substances abusives.....	47
4.1.3. Consommations répétées	47
4.2. Facteurs de risque individuels et environnementaux	47
4.2.1. Facteurs psychopathologiques	47
4.2.2. Facteurs environnementaux.....	48
4.2.2.1. Influence parentale.....	48
4.2.2.2. Influence des pairs	49
4.2.2.3. Alcool et la publicité.....	49
5. Repérage de l'usage nocif de l'alcool	50
5.1. CRAFFT et ADOSPA	50
5.2. Questionnaire POSIT	52
5.3. Questionnaire de consommation de substances psychoactives	52
5.4. Le Score d'Abus d'Alcool chez l'Adolescent (SAAA) ou Adolescent Alcohol Involment Scale (AAIS)	53
5.5. L'alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).....	53
5.6. Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes (DEP-ADO).....	53
6. Questionnaires d'évaluation	54
6.1. L'Adolescent Drug Abuse Diagnosis	54
6.2. Indice de gravité de la toxicomanie chez les adolescents	55
E. Prise en charge d'une ivresse aigue alcoolique (IAA) de l'adolescent aux urgences	56
1. Epidémiologie.....	56

2. Conférence de consensus et recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé)	56
3. Les enquêtes sur l'IAA aux urgences.....	57
Etude clinique	58
A. Description de l'étude	59
1. Objectif de l'étude.....	59
2. Matériel et Méthode	59
2.1.Population étudiée	59
2.2.Documents d'enquête	59
2.3.Analyse des données.....	60
B. Résultats	61
1. Caractéristiques générales de la population.....	61
2. Admissions aux urgences	62
2.1.Date et horaire d'entrée	62
2.2.Personne accompagnante.....	64
3. Prise en charge aux urgences.....	64
3.1.Structure des Urgences Pédiatriques (UP) : 21 dossiers exploités	64
3.1.1.Taux d'alcoolémie	64
3.1.2. Prise de constantes	64
3.1.3. Examen clinique.....	65
3.1.4. Examens complémentaires et orientation.....	65
3.2.Service des Urgences Adultes (UA) : 38 dossiers exploités.....	65
3.2.1.Taux d'alcoolémie	65
3.2.2.Prise de constantes	66
3.2.3.Examen clinique.....	66
3.2.4.Examens complémentaires et orientation.....	66
4. Caractéristiques des adolescents	66
4.1.Terrain	67
4.1.1.Lieu de résidence	67
4.1.2. Profession des parents.....	68
4.2.Le parcours scolaire.....	69

4.2.1.Type d'établissement fréquenté	69
4.2.2.Redoublement	69
5. Modalités de consommation.....	70
5.1.Type de boissons et mode de consommation.....	70
5.2.Lieu de consommation.....	70
5.3.Récidive	70
C. Discussion.....	71
1. Structure de l'étude et recueil des données	71
2. L'alcoolisation.....	71
3. Répartition par âge et par sexe.....	72
4. Admission aux urgences.....	72
4.1. Date d'admission	72
4.2. Moyen d'arrivée.....	73
5. Prise en charge aux urgences.....	73
5.1. Prise de paramètres	73
5.2. Recherche de toxiques associés	74
6. Orientation	74
7. Caractéristiques socio-environnementales des adolescents	75
7.1. Lieu de résidence et domicile	75
7.2. Situation socioprofessionnelle des parents	76
7.3. Mode de consommation.....	76
8. Données de la littérature	77
8.1. Etudes réalisées aux urgences.....	77
8.2. Facteurs prédictifs de la consommation d'alcool à l'adolescence	78
8.3. Prévention.....	79
8.4. Les adolescents français face aux jeunes européens.....	80
D. Proposition d'une fiche pour les urgences	82
Conclusion.....	83
Annexes	85
Bibliographie	101

Liste des abréviations

ADAD : Adolescent Drug Abuse Diagnosis

ADH : Alcool déshydrogénase

ALDH : Acétaldéhyde-déshydrogénase

APA : American Psychiatric Association

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DS : Déviation standard

ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and other Drug

ESCAPAD: Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense

GABA : acide γ -aminobutyrique

GH : Growth Factor

IAA : Ivresse aiguë de l'adolescent

IGF : Insuline Growth Factor

IGT : Indice de gravité de Toxicomanie

INSERM : Institut National de Santé Et de la Recherche Médicale

NIDA : National Institut of Drug Abuse

OFDT : Observatoire Français des Drogues et de Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

POSIT : Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers

RISQ: Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives-Québec

SAAA: Score d'Abus d'Alcool chez l'Adolescent

TS : Tentative de Suicide

UA : Urgences Adultes

UP : Urgences Pédiatriques

Introduction

L'alcool est la substance psychoactive la plus expérimentée en France, et ce à un âge très précoce. Son initiation se fait le plus souvent dans un contexte familial. Malgré une baisse globale des consommations enregistrée depuis 50 ans, les modes d'usage se sont modifiés, notamment chez les jeunes. Les comportements d'alcoolisation excessive des adolescents sont bien décrits, en particulier jusqu'à 19 ans, au travers d'enquêtes au sein de la population générale, comme l'étude ESCAPAD. L'intoxication alcoolique aiguë est une conduite à risque fréquente à cet âge: plus de 30% des adolescents ont fait l'expérience au moins une fois, 9% ont été ivres au moins trois fois dans l'année (1,2).

A la différence de leurs aînés, les adolescents consomment de l'alcool de préférence en dehors des repas. Cette consommation est au début occasionnelle, discontinue, souvent dans un lieu public ou au domicile des parents, à l'occasion d'événements festifs. Peu d'adolescents deviennent dépendants à l'alcool.

L'âge moyen de la première consommation est de 12,9 ans chez le garçon et de 12,3 ans chez la fille. L'âge de la première ivresse est d'un an supérieur. La consommation augmente avec l'âge mais cette augmentation reste en France, inférieure à d'autres pays européens. Les garçons sont en général plus consommateurs et plus souvent ivres que les filles, mais cette différence entre les sexes n'est pas notée dans tous les pays européens (3).

Deux types d'alcool sont particulièrement consommés par les jeunes : la bière et les alcools forts. La consommation de vin est moins fréquente. Les associations d'alcool sont aussi souvent utilisées dans les « prémix ».

Les motifs de consommation alcoolique affichés sont souvent affirmés sans réelle preuve. Certains adolescents consomment sur un mode initiatique pour « entrer dans le monde des adultes ». C'est la principale explication pour certains, ce qui paraît faussement rassurant, souvent inexact et dangereux. La phrase : « J'ai fait la même chose à son âge » employée par certains parents, coupe toute discussion.

Aux Etats Unis, des enquêtes nationales font état de pratiques d'alcoolisation tournées vers l'excès, appelées « binge drinking », qui consistent à boire une grande quantité d'alcool en un temps limité, en quête d'ivresse ou de « défonce », et qui sont considérées comme le comportement d'alcoolisation typique des jeunes adultes (4).

L'ivresse est donc l'aboutissement fréquent du mode de consommation alcoolique de l'adolescent. Les conséquences immédiates peuvent être tragiques : 30 à 50% des accidents mortels de l'adolescent et de l'adulte jeune sont dus à l'alcool. C'est le quart des décès par accidents mortels sur route alors que cette population ne représente que 13% de la population totale (5).

Les risques sexuels sont moins connus, mais la moitié des adolescentes abusées l'aurait été sous l'emprise de l'alcool, et beaucoup d'adolescents abuseurs ou violents sont alcoolisés (5). L'alcoolisation aiguë est aussi associée au risque suicidaire.

Suite à la rédaction de « Recommandations sur la prise en charge d'une intoxication éthylique aiguë » par l'ANAES (6), nous avons voulu mener une réflexion sur la spécificité de l'ivresse de l'adolescent, le sujet étant au centre de l'actualité, avec l'adoption récente de l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs par l'assemblée nationale.

Devant ces constats alarmants, les questions suivantes se posaient :

- Est-ce un phénomène rare, et quels sont les adolescents concernés ?
- Leur admission aux urgences est-elle le fruit d'une situation plus grave ?
- Comment repérer les situations à risque d'évolution vers une dépendance ?
- Peut-on repérer les adolescents abuseurs ou dépendants d'alcool, donc alcoolique ?
- Et enfin, quelle est la prise en charge la plus appropriée ?

Nous avons donc réalisé une enquête auprès des adolescents admis pour ivresse aiguë afin de décrire leur prise en charge aux urgences du CHU de Nancy. Nous avons également recherché les facteurs de risque d'une alcoolisation aiguë et étudié les moyens de prévention.

Etude bibliographique

Adolescent, alcool **et autres substances**

A. Place de l'alcool dans notre société

1. Généralités et historique

L'étymologie du mot alcool provient de l'arabe AL KHOUL - poudre impalpable, poussière ou poudre d'antimoine utilisée comme fard à paupières (7).

Les conduites d'alcoolisation sont des conduites très anciennes. On en retrouve des exemples aussi bien dans la mythologie grecque que dans les récits de peuples anciens. Les ivresses de Dionysos (dieu de la vigne, du vin et de ses excès) et celles de Noé sont célèbres.

Les Gaulois furent approvisionnés en vins par les Grecs puis les Romains. Parfois une amphore de vin était échangée contre un esclave.

Au XVIII^e siècle, les boissons alcoolisées coûtent cher. Deux modes de consommation s'opposent. Les maîtres et leurs valets ont une alcoolisation régulière tandis que le peuple s'alcoolise les jours chômés, c'est à dire le dimanche.

Au cours de la Première Guerre mondiale, le vin est baptisé *pinard* dans les tranchées et l'eau-de-vie appelée *la gnôle des combattants*. Ces produits sont particulièrement appréciés sur les champs de bataille en raison de leurs propriétés désinhibitrices et anxiolytiques.

Jusqu'au milieu du XX^e siècle, l'espérance de vie étant plus courte, l'impact au long-cours des conduites d'alcoolisation n'était pas connu. Les pathologies d'apparition tardive, comme les cancers des voies aérodigestives supérieures et les cirrhoses étaient des problèmes de santé beaucoup moins répandus que la famine ou certaines épidémies.

2. Différents modes de consommation

Les trois principaux termes employés pour décrire la consommation d'alcool sont « usage », « usage nocif ou abus » et « dépendance » selon le manuel de diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) (8). Le DSM ou Diagnostic and Statistical Manual of Mental sert de référence internationale concernant l'approche statistique et diagnostique des troubles psychiatriques.

2.1. La non consommation

Environ 10% de Français ne consomment pas d'alcool. S'il n'existe pas d'initialisation, la non consommation est dite primaire ; si elle s'installe après une phase de consommation, on parle de non consommation secondaire (9).

2.2. L'usage

L'usage d'alcool se caractérise par une consommation de boissons alcoolisées, régulière ou non, qui n'induit ni complication somatique ni dommage. C'est donc un comportement qui sort du cadre de la « pathologie », et qui par conséquent ne nécessite pas de prise en charge thérapeutique.

L'usage s'inscrit habituellement dans une consommation socialement réglée, qui occupe une place prépondérante en France pour plusieurs raisons.

En effet, dans notre pays, la plupart des « bons » repas s'accompagnent de vin. Cet usage « alimentaire » a d'ailleurs longtemps été encouragé par la publication d'articles dans la presse médicale décrivant le rôle protecteur cardiovasculaire du vin consommé de façon modérée (10). Pour les anglo-saxons, c'est le « french paradox ».

De plus, chaque événement important de notre vie se fête souvent avec l'alcool. On pense notamment au champagne consommé lors des mariages, naissances, embauches, signatures de contrats, thèses etc. Le fait de trinquer ou de lever son verre en l'honneur de quelqu'un est un geste social séculaire.

Le rôle festif de l'alcool est également très fréquemment utilisé. Grâce à ses « vertus » anxiolytiques et désinhibitrices, il procure joie, convivialité et plaisir. Pour certains, une fête réussie nécessite la consommation de boissons alcoolisées.

Enfin le vin peut aussi être considéré comme un marqueur culturel. Les connaissances œnologiques font en effet partie du bagage culturel des élites françaises depuis plus de deux siècles.

2.3. L'usage à risque

Nous avons vu précédemment que l'usage se définissait par l'absence de conséquences pathologiques induites par l'alcool. Cependant dans certaines circonstances, cette consommation peut provoquer des dommages. Elles peuvent se résumer en trois questions :

- Quand cette consommation peut-elle provoquer des complications ?
- Comment se produit-elle ?
- Quelle quantité faut-il consommer pour avoir un risque d'entraîner des complications ?

2.3.1. Les risques situationnels (quand ?)

Dans certaines situations, il peut être particulièrement dangereux d'avoir consommé de l'alcool. On peut citer par exemple toutes les tâches où la coordination psychomotrice est primordiale : conduite d'engins, mais aussi tout simplement conduite des véhicules... De plus, la prise d'alcool chez certains peut provoquer des modifications de leur comportement habituel avec apparition d'une agressivité. Enfin, nous connaissons très bien les effets néfastes de l'alcool sur le fœtus.

2.3.2. Les modalités de consommation (comment ?)

- Les conduites d'excès

Le sujet recherche une « anesthésie » par le biais d'une ivresse massive. L'excès est aussi bien dans la qualité que dans la quantité, c'est-à-dire que le sujet recherche une perte de contrôle de soi de façon inadéquate.

- La consommation à visée auto-thérapeutique

La prise d'alcool est ici en rapport avec l'effet anxiolytique ou antidépresseur qu'il peut procurer. Le but est de réduire la sensation de malaise éprouvée. Cette consommation dépend fortement des facteurs psychopathologiques de la personne. C'est un usage régulier et solitaire.

- Le cumul de consommation de psychotropes ou « polyconsommation »

L'association de plusieurs substances psychoactives doit permettre au consommateur de ressentir rapidement des effets intenses. Cette polyconsommation aggrave le risque d'intoxication. En effet, d'un point de vue pharmacobiologique, il existe de nombreuses interactions entre les différents produits. Par exemple, l'alcool potentialise l'effet de certains antidépresseurs ou anxiolytiques.

D'autre part, l'individu va avoir tendance à organiser son existence en fonction de l'usage de substances et donc de devenir polyaddictif.

2.3.3. La consommation au-delà de certaines quantités (combien ?)

Les seuils définis par l'OMS sont les suivants (11) :

- 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)
- pas plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque mais sont des compromis entre d'une part un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et d'autre part la place de l'alcool dans la société et les effets considérés comme positifs de sa consommation modérée.

Ces seuils peuvent varier d'une personne à une autre, car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation.

2.4. L'usage nocif

Il est défini par toute conduite d'alcoolisation caractérisée par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, mais en absence de dépendance à l'alcool.

Cette définition ne fait pas référence à des seuils de consommation, qui peuvent être inférieurs aux seuils de l'usage à risque dès lors que certains dommages sont constitués, mais à l'existence de conséquences liées à cette consommation.

Cette catégorie correspond à la définition de « l'utilisation nocive pour la santé » (d'alcool) dans la CIM-10 (12) et de l'« abus » (d'alcool) dans le DSM-IV (8).

La Classification internationale des maladies ou CIM, dont l'appellation complète est « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » (en anglais : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), est publiée par l'OMS pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant les êtres humains à travers le monde.

La personne dont la consommation se situe dans ce cadre est dénommé « consommateur à problème ».

2.5. La dépendance

2.5.1. Définition

Elle est définie par toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation par le sujet. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à des seuils de consommation ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés.

L'usage avec dépendance, encore dénommé « alcoolodépendance » ou « dépendance à l'alcool », ne comporte pas dans sa définition de critère impliquant que la consommation soit quotidienne ou habituelle.

Cette catégorie correspond à la définition du « syndrome de dépendance » (à l'alcool) dans la CIM-10 (12) et de la « dépendance à une substance » (l'alcool) dans le DSM-IV (13).

Le DSM-IV permet d'identifier une dépendance, si trois critères parmi les items suivants sont positifs :

1. L'existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
2. Existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance
 - b. La même substance ou une substance apparentée est prise dans le but de soulager ou d'éviter le syndrome de sevrage
3. La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu
4. Un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance
5. Un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance
7. L'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance

La dépendance est ainsi définie comme l'état créé par l'usage excessif de substances toxiques ayant entraîné un phénomène de tolérance et un syndrome de sevrage en cas d'interruption brutale.

La personne dont la consommation se situe dans ce cadre est dénommée *consommateur dépendant* ou *alcoolodépendant*. Ces termes remplacent avantageusement celui «d'alcoolique», terme aujourd'hui péjoratif, équivoque et impropre, puisqu'il intègre à la fois des conduites d'alcoolisation pathologiques et les dommages qui en résultent (8).

2.5.2. Neurobiologie de la dépendance

Dès 1954, Olds et Milner mettaient en évidence l'existence d'un « système de récompense » fonctionnant à partir d'inter-relations complexes entre l'aire tegmentale ventrale, le septum, le noyau accumbens, l'amygdale, le cortex préfrontal et l'hypothalamus (13).

L'alcool produirait une augmentation de la concentration extracellulaire de dopamine dans le noyau accumbens (14).

Selon JP Tassin, la dopamine participe à la stimulation de plusieurs structures cérébrales intervenant dans un circuit dit de récompense (15). Ce circuit informe le système nerveux central de l'état psychique et physique dans lequel il se trouve. L'utilisation de drogue en libérant des quantités importantes de dopamine, déclenche ainsi une forte sensation de satisfaction mais aussi chez certaines personnes, un dysfonctionnement du circuit de la récompense. L'état de dépendance apparaît progressivement avec la répétition des prises et se caractérise par un besoin impérieux du produit et sa recherche compulsive. De plus, l'utilisation du produit, en activant les neurones à dopamine chargés d'anticiper toute forme de satisfaction, crée un lien difficilement réversible entre la prise de drogue et les signaux environnementaux associés à cette consommation. Toute perception de signaux identiques ou de consommation déclencherait à nouveau un besoin irrépressible.

Mais, parmi les consommateurs de drogue, seuls quelques-uns deviennent dépendants, laissant supposer des différences génétiques.

2.5.3. Rôle de la génétique

L'alcoolodépendance est une maladie familiale comme permettent de l'affirmer de nombreuses études d'agrégation familiale.

La fréquence de l'alcoolisme dans la population générale est estimée entre 5 et 8%, elle atteint 10 à 50% dans la fratrie d'un patient alcoolodépendant (16). Cette grande variabilité reflète la diversité méthodologique des différentes études mais aussi les variations de la pénétrance de l'alcoolodépendance au sein des populations étudiées (17).

Des études de jumeaux monozygotes ont confirmé le rôle significatif mais partiel des facteurs génétiques (18,19).

La biologie moléculaire permet d'identifier de nombreux facteurs génétiques de l'alcoolodépendance. Les études les plus anciennes concernent les formes alléliques des deux

principales enzymes hépatiques intervenant dans le métabolisme de l'éthanol, l'alcool déshydrogénase (ADH) et l'acétaldéhyde-déshydrogénase (ALDH). Chez les asiatiques, il existe une variante inactive de l'ALDH, présente chez près de 43% de la population japonaise, ce qui semble protéger les porteurs homozygotes du risque de développer une dépendance à l'alcool. Ces sujets sont, en effet, incapables de métaboliser l'acétaldéhyde lors de la consommation de l'alcool, ce qui provoque un phénomène de flush (20,21).

Enfin, plusieurs gènes sont susceptibles d'intervenir dans la physiopathologie de l'alcoolodépendance tels que gène codant pour les récepteurs GABA, gène de la transmission dopaminergique et gène de la transmission sérotoninergique (22,23,24).

2.5.4. Aspect sociologique

Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent peut plus ou moins adopter le « rythme » et la « forme » de l'évolution socioculturelle et est influencé par la nature et l'intensité de la pression sociale. « Ce qu'exige le présent dans nos sociétés de maîtrise pulsionnelle et de contrôle des affects et des émotions, modifie sans conteste les modalités de régulation narcissique du sujet, générant ou favorisant des structurations plus limites que névrotiques » (25). En d'autres termes, la réalité sociale peut mettre en échec et rendre inopérants des mécanismes de défense jusqu'à là protecteur (refoulement, déplacement) et en favoriser d'autres (clivage et déni).

Ainsi V Nahoun Grappe pense que « le lien de dépendance à une consommation ou à une conduite se nourrit d'image sociale, de mythologies collectives et de hantises construites historiquement » (26).

2.5.5. Facteurs psychologiques

Ces conduites surviennent sur des personnalités diverses sur le plan des caractéristiques psychopathologiques. C'est tout le champ nosographique psychiatrique, allant de la névrose à la psychose en passant par la perversion, qui peut être associé à ces conduites. Il faut plutôt voir ces conduites comme l'expression d'une vulnérabilité de certains sujets. Celle-ci peut les conduire à adopter ces conduites addictives aux effets pathogènes car elles s'autorenforcent et réorganisent la personnalité autour d'elle (25).

3. Législation vis-à-vis de mineurs

Les principales dispositions actuelles du Code de Santé Publique (27) susceptibles de contrôler la consommation d'alcool par les jeunes peuvent être résumées de la façon suivante :

- Les boissons sont réparties en cinq groupes, le premier correspondant aux boissons sans alcool, les quatre autres aux boissons alcooliques (article L3321-1).

Les variétés de boissons sont les suivantes :

- Groupe 2 : Boissons fermentées non distillées (vin, cidre, bière...)
- Groupe 3 : Vins doux naturels autres que ceux appartenant au groupe 2 et ne titrant pas à plus de 18° d'alcool pur
- Groupe 4 : Rhums, eau de vie
- Groupe 5 : autres boissons alcooliques

Quatre catégories de licences sont définies pour les débits de boissons à consommer sur place, celle de première catégorie étant une « licence de boissons sans alcool » (article L3331-1).

- Dans tous les débits de boissons, un étalage de boissons non alcooliques mises en vente dans l'établissement est obligatoire (article L3323-1).
- Il est interdit de vendre des boissons alcooliques à emporter, entre vingt-deux heures et six heures, dans les points de vente de carburant (article L3322-9).
- La vente et la distribution de boissons alcooliques est interdite dans tous les établissements d'activités physiques et sportives (stades, gymnases,...). Le maire peut cependant accorder des autorisations dérogatoires temporaires... dans la limite de dix autorisations annuelles pour chacun des groupements sportifs agréés qui en fait la demande (article L3335-4).
- La propagande ou la publicité en faveur des boissons alcooliques sont autorisées dans la presse à l'exclusion des publications destinées à la jeunesse (article L3323-3).
- Une formation spécifique sur les droits et obligations attachés à l'exploitation d'un débit de boissons est obligatoire (article L3323-1-1).

- Trois articles sont intitulés « Protection des mineurs » :
 - Dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, il est interdit de vendre ou d'offrir à titre gratuit à des mineurs de moins de seize ans des boissons alcooliques à consommer sur place ou à emporter (article L3342-1).
 - Il est interdit dans les débits de boissons et autres lieux publics et à quelque jour ou heure que ce soit, de vendre ou d'offrir à titre gratuit à des mineurs de plus de seize ans, pour être consommées sur place, des boissons du troisième, du quatrième ou du cinquième groupe (article L3342-2).
 - Il est interdit de recevoir dans les débits de boissons des mineurs de moins de seize ans qui ne sont pas accompagnés par leur père, mère, tuteur ou toute autre personne de plus de dix-huit ans en ayant la charge ou la surveillance.

Toutefois, les mineurs de plus de treize ans, même non accompagnés, peuvent être reçus dans les débits de boissons assortis d'une licence de première catégorie (article L3342-3).

B. L'adolescent, personnalité fragile ?

1. L'adolescence, « période charnière »

1.1. Définition

Il n'y a pas une, mais de multiples définitions de l'adolescence. Toutes, cependant, retiennent la spécificité de cette période unique de la vie comme sa caractéristique dominante. L'adolescence est une période de transition au cours de laquelle un adolescent n'est plus tout à fait un enfant, mais pas encore l'adulte qu'il est en passe de devenir. Cette période n'est pas la simple juxtaposition ou coexistence de caractéristiques infantiles et adultes chez un même sujet. Cette phase de transition se caractérise par des grands bouleversements tant sur le plan physique que psychosocial. L'individu va se découvrir, chercher sa propre identité. C'est un moment difficile de notre existence, où vont pouvoir émerger des conduites addictives, et plus globalement certains troubles psychopathologiques.

Selon l'OMS, l'adolescence regrouperait les sujets de 10 à 19 ans (28). On distingue un sous-groupe : les pré-adolescents qui sont pour les spécialistes en santé mentale les moins de 15 ans et pour les somaticiens les sujets pré-pubères ou au tout début de leur puberté.

En Amérique du Nord, les termes « adolescents » ou « teenagers » sont pratiquement synonymes et désignent les individus âgés de 13 à 19 ans (par référence aux « teen years », de thirteen à nineteen).

Enfin, la Convention pour les droits de l'enfant, dans son article premier englobe tout simplement l'adolescence dans l'enfance : « Un enfant s'entend de tout être humain jusqu'à l'âge de dix-huit ans ».

Au delà de toutes ces définitions, la tonalité dominante de l'adolescence reste l'expérience du changement.

1.2. Modifications biologiques et physiologiques (29)

Les modifications physiques correspondent à la survenue de la puberté, bouleversement hormonal important qui aboutit à la mise en place des fonctions de reproduction.

1.2.1. Mécanismes neurohormonaux de la puberté

Sous l'effet d'un « générateur de pulse » hypothalamique, la sécrétion pulsatile de la gonadotrophin releasing hormone (GnRH) vient stimuler l'hypophyse antérieure qui sécrète les gonadostimulines : luteinizing hormones (LH ou hormone lutéinisante) et follicle stimulating hormones (FSH ou hormone stimulant la maturation des gamètes) de façon pulsatile. Les organes cibles sont les testicules chez les garçons et les ovaires chez les filles.

1.2.2. Mécanismes hormonaux de la poussée de croissance pubertaire

La croissance tissulaire et l'accélération de la croissance staturale résultent de l'effet des hormones sexuelles, mais aussi et de façon synergique de l'hormone de croissance (GH) et de son effecteur insulin-like growth factor 1 (IGF1). Cette sécrétion de GH est elle-même dépendante des estrogènes, chez la fille mais aussi chez les garçons via l'aromatisation de la testostérone.

Le rôle important de l'IGF 1 est fourni par l'exemple des Pygmées, chez lesquels ce peptide est absent. A l'âge de la puberté, les garçons pygmées ont un développement sexuel normal et de taux de testostérone adéquats pour stimuler la sécrétion de GH. Cependant, en l'absence de l'effecteur, l'IGF, la poussée de croissance pubertaire reste limitée (30).

1.3. Description clinique (31)

1.3.1. Age

L'âge moyen de survenue de la puberté varie en fonction du sexe :

- Chez la fille : 11 ans +/- 2 DS, soit de 8 ans et demi à 14 ans
- Chez le garçon : 12 ans +/- 2 DS, soit de 9 ans et demi à 15 ans

1.3.2. Premiers signes cliniques

L'accroissement du volume des testicules chez les garçons, ou des ovaires chez les filles, démarre environ un an avant l'apparition des premiers caractères sexuels secondaires. Les premiers signes pubertaires cliniquement repérables sont, chez les garçons, une augmentation palpable du volume des testicules et chez les filles, l'apparition du bourgeon mammaire.

Puis l'effet suivant le plus remarquable est l'augmentation très rapide de la masse du corps et de la taille. La puberté vient rompre la croissance linéaire que connaît l'enfant depuis l'âge de 3-4 ans jusqu'à 11-12 ans, soit environ 5 cm/an. A partir des années pubertaires, l'adolescent acquiert 50% de sa masse générale et plus de 15% de sa taille finale.

1.3.3. Biomorphisme de la puberté

Sans parler de différenciation sexuelle proprement dite, les différences filles-garçons s'expriment principalement au niveau du squelette, de la masse musculaire et de la masse grasse.

Dans les deux sexes, d'importantes modifications osseuses se produisent au niveau des ceintures : élargissement du diamètre osseux des épaules (diamètre bi-acromial) chez les garçons et élargissement de la structure osseuse du bassin (diamètre bi-iliaque) chez la fille.

La masse musculaire suit une croissance identique dans les deux sexes pendant l'enfance. En revanche, pendant les années pubertaires, la croissance s'accélère considérablement chez les garçons. Par ailleurs la masse grasse, dont la proportion tend à décroître chez les garçons, s'accroît au contraire chez les filles.

1.3.4. Stades pubertaires : classification de Tanner

La puberté se déroule selon une chronologie bien précise avec l'apparition de caractères sexuels secondaires et la mise en place des fonctions de reproduction. La méthode d'évaluation clinique la plus universellement utilisée est la méthode d'inspection de Tanner (32). Le stade 1 représente l'état infantile, le stade 5 l'état adulte et les trois stades intermédiaires ceux du développement pubertaire proprement dit.

L'inspection s'effectue pour les garçons sur la pilosité pubienne et les organes génitaux externes que sont le pénis et le scrotum ; chez les filles, sur la pilosité pubienne et le développement mammaire.

Stades de Tanner :

La pilosité pubienne (garçon et fille) selon Tanner

P1 Absence de pilosité.

P2 Quelques poils longs sur le pubis.

P3 Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse.

P4 Pilosité pubienne fournie.

P5 La pilosité s'étend à la racine de la cuisse et s'allonge vers l'ombilic chez le garçon.

Tableau 2 : Le développement mammaire selon Tanner.

S1 Absence de développement mammaire.

S2 Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole.

S3 La glande mammaire dépasse la surface de l'aréole

S4 Développement maximum du sein (apparition d'un sillon sous mammaire). Saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande.

S5 Aspect adulte. Disparition de la saillie de l'aréole.

Tableau 3 : Le développement des organes génitaux externes du garçon selon Tanner

G1 Testicules et verge de taille infantile.

G2 Augmentation du volume testiculaire de 4 à 6 ml

G3 Continuation de l'accroissement testiculaire de 6 à 12 ml Accroissement de la verge.

G4 Accroissement testiculaire de 12 à 16 ml et de la verge.

G5 Morphologie adulte.

Le corps du jeune pubère peut donc être comparé à un véritable corps en chantier. Les effets physiques et psychologiques de cette étape maturative vont profondément modifier son champ d'expérience, son fonctionnement affectif et intellectuel, son système relationnel et ses comportements sociaux (33). L'apparition de la pudeur n'est autre, dans ce contexte, qu'une manifestation à la fois normale et intimement liée à tout ce processus. Cette nouvelle « conscience de soi » fait écho à l'afflux des images et pensées nouvelles, sexualisées, liées au processus même de la puberté.

Pour l'enfant, l'expérience pubertaire est par essence irreprésentable, puisqu'elle ne renvoie à aucune expérience antérieure. Le jeune adolescent ne peut qu'en subir les effets, difficilement communicables ou partageables avec les adultes, les parents tout particulièrement (34).

Un paradoxe veut en effet que ce soit justement à cette période, où les jeunes ont besoin de se conformer d'une manière très précise à la norme, que la pression physiologique est susceptible de créer le plus grand écart par rapport à cette norme (35).

Même si le préadolescent, généralement informé, s'y attend peu ou prou, sa puberté restera toujours une surprise, vécue comme quelque chose d'imposé, subi et venant de l'extérieur. C'est un événement que l'adolescent n'a pas choisi et que, d'une certaine manière, il ne maîtrise pas.

1.4. Modifications psychologiques liées à l'adolescent

1.4.1. Généralités

L'adolescence n'est pas seulement marquée par les modifications corporelles engendrées par la puberté, c'est aussi une période de grands bouleversements psychiques qui doivent permettre à l'adolescent d'acquérir sa propre individualité.

L'adolescence n'est plus seulement envisagée sous l'angle diachronique, celui d'un âge ou d'une période de développement récapitulant les étapes antérieures, voire coiffant celle-ci pour aboutir à la maturité adulte. Elle désigne une exigence de travail psychique complexe, conflictuel sinon paradoxal, d'intégrations de contraintes multiples. Contraintes internes, à commencer par celles liées au soma et aux bouleversements pulsionnels entraînant une resexualisation du corps, de la pensée et des liens à autrui ; contraintes externes, liées aux attentes sociales, propres à une société donnée, d'insertion dans un ensemble socioculturel différent du monde de l'enfance de part ses exigences de participation à des systèmes d'échanges et de production symboliques et matériels.(36)

Comme le soulignent D. MARCELLI et P. ALVIN (35), on préfère aujourd'hui parler de travail psychique lié à l'adolescence plutôt que de « crise de l'adolescence », terme utilisé dans les années 60-70.

Selon F. RICHARD (37), « l'adolescence peut se définir comme le travail psychique rendu nécessaire par les transformations physiologiques et le bouleversement pulsionnel de la puberté ».

C'est donc une période de grande fragilité psychique où vont pouvoir apparaître des troubles psychopathologiques et/ ou des conduites addictives.

1.4.2. La subjectivation

R. CAHN a livré une série de travaux consacrés à l'adolescence normale et pathologique centrés sur le concept de « subjectivation » (38,39). L'auteur définit celle-ci comme « un processus de différenciation permettant, à partir, de l'exigence interne d'une pensée propre, l'appropriation du corps sexué, l'utilisation des capacités créatives du sujet et de l'aptitude à se représenter comme activité représentative, à s'auto-dédoubler en quelque sorte ».

D.MARCELLI et P. ALVIN (35) expliquent également que l'adolescent doit accéder à la subjectivation, c'est-à-dire devenir sujet de ses propres pensées et actes, et non plus être « l'enfant de ses parents ». Cette quête d'identité serait fondée sur trois principaux paradoxes. Le plus important serait le paradoxe identitaire : pour savoir qui il est, l'individu a besoin de ressembler à quelqu'un mais en même temps pour être lui-même, il se doit d'être différent des autres. Selon ces mêmes auteurs, c'est un conflit ressemblance/différence qui expliquerait une grande partie des relations adolescents-parents.

Le second paradoxe, ou paradoxe relationnel, découlerait du précédent : pour s'affirmer soi-même, la présence d'autrui est-elle nécessaire ? C'est le conflit « moi et/ou l'autre moi sans l'autre ».

Le dernier paradoxe serait lié à la sexualité. En effet, la « transformation pubertaire inscrit dans le corps de l'adolescent la dimension d'incomplétude et le besoin de l'autre ».

1.4.3. Le processus de séparation – individualisation

P. BLOS a associé l'adolescence à un célèbre concept de « second processus de séparation-individualisation » emprunté à M. MAHLER (40) : si l'enfant se détache de sa mère par un processus d'internalisation, l'adolescent se dégage de ses objets internalisés pour investir les objets externes, extrafamiliaux (41).

On comprend alors tout le danger d'un complexe d'Œdipe non résolu dans l'enfance ; celui-ci réactivé dans l'adolescence, amène le sujet à une régression, comme le souligne LAUFER (42), et peut ainsi initier certaines pathologies de la dépendance.

Pour P. BLOS (41), paradoxalement, la non-résolution de ce processus pourrait expliquer certains comportements comme le rejet de la famille et de l'enfance, les fugues et plus généralement les conduites à risques. A travers ces attitudes, l'adolescent chercherait à acquérir son individualité propre.

1.4.4. Le travail de deuil

Certains auteurs, dont A. FREUD (43), ou A. HAIM (44), ont comparé l'adolescence à un travail de deuil.

En effet, l'adolescent doit se séparer des objets qui le rattachent au passé, c'est-à-dire son enfance, pour pouvoir accéder au futur : l'âge adulte. Ce travail sous-entend une souffrance qui pourrait légitimer l'aspect dépressif de l'adolescence. Cependant, comme le soulignent D. MARCELLI et P. ALVIN (35), comment faire la différence entre « la dépression inévitable liée à l'adolescence même, et la dépression épisode pathologique ? »

1.4.5. Le « Pubertaire »

Ph. GUTTON a porté un regard novateur sur l'adolescence en postulant sa radicale nouveauté par rapport à l'enfance, faisant de l'adolescence un processus psychique original, inédit dans l'histoire du sujet (45). Il a décrit le processus d'adolescence comme deux mouvements :

- Poussée pubertaire incestueuse fantasmatique, soit « le pubertaire » (46)
- Renoncement aux objets incestueux et détachement des parents soit « l'adolescent » (47)

Par pubertaire, l'auteur entend les transformations psychiques de la puberté, dégagées progressivement des processus d'adolescence.

1.4.6. Conclusion : le corps, la famille, la société

Selon F. MARTY et J.-Y. CHAGNON (48), « l'odyssée adolescente est un beau voyage, certes, mais un voyage qui n'est pas sans risque. L'embarcation a besoin d'être solide, mais les vents doivent être favorables, la voile résistante et pouvant s'adapter à tous temps. Certains adolescents échouent dans cette aventure ».

- *Le cercle de corps*

La puberté impose des changements corporels à l'adolescent qui, pour pérenniser son existence, est obligé de les accepter. Il doit pour cela intégrer cette nouvelle image corporelle dans son fonctionnement psychique. Son corps lui choisit un sexe spécifique qui peut ne pas être celui retenu par son fonctionnement psychique, rendant encore plus complexe et difficile cette quête identitaire.

- *Le cercle famille*

L'acquisition de la puberté va bouleverser la relation avec les parents. En effet, l'adolescent sexué ne pourra plus avoir les mêmes relations parentales que dans l'enfance. On retrouve ici la notion du « Pubertaire » de P. GUTTON (46).

Le sujet est partagé entre la nécessité de se séparer des figures parentales et le danger de les perdre avec un sentiment d'abandon. On retrouve ici le concept de « séparation-individualisation » (40).

Le deuxième enjeu de ce cercle est l'acquisition de l'autonomie ce qui sous entend l'existence de limites. Celles-ci étaient antérieurement fixées par les parents. L'adolescent doit alors prendre en charge son corps (alimentation, performances physiques, apparence vestimentaire...), son devenir professionnel, bref tout ce qui conditionne son devenir adulte. Pour ce faire, il doit désidéaler les parents, et comme le souligne WINNICOTT (49), on peut l'assimiler à un meurtre parental symbolique, avec toujours le risque de la sensation de perte et/ou d'abandon.

En miroir, les parents doivent eux-aussi effectuer un travail psychique important pour que leur enfant puisse s'épanouir à l'âge adulte.

- *Le cercle social*

L'adolescence passe par un processus de séparation, d'individualisation et de socialisation.

L'adolescent doit chercher des satisfactions à l'extérieur du cercle de la famille, ce qui va renforcer son assise narcissique. Celle-ci dépend de la richesse des relations précoces établies avec le milieu familial.

Les amis et bien sûr le ou la petite amie, la connaissance, l'acquisition d'un savoir, la capacité de créer sont autant d'investissement extérieurs source de plaisir pour l'adolescent.

Le travail psychique lié à l'adolescence est donc un processus extrêmement complexe qui va conditionner le passage plus ou moins réussi à l'âge adulte. Pour se construire, les adolescents ont besoin d'interdits et de vraies limites posés de façon fiable et cohérente. Ils essaient de se différencier des autres tout en s'identifiant à un groupe de pairs. C'est donc une période propice à l'expérimentation de nouveaux produits.

2. Santé de l'adolescent

2.1. Médecine de l'adolescent, médecins d'adolescents

Nombreux et divers sont les professionnels amenés à s'occuper d'adolescents, où plus largement à se préoccuper de la santé des adolescents. Parmi eux, les médecins ne sont évidemment pas tous pour autant, loin s'en faut, « médecins d'adolescents ». Et parmi ces derniers, certains sont bien naturellement plus expérimentés, plus chevronnés que d'autres.

L'exercice de la médecine de l'adolescent, outre la prédisposition nécessaire, ne s'improvise pas. Elle requiert une formation spécifique et des compétences particulières, acquises et perfectionnées sur le terrain. Cette exigence a été rappelée encore récemment lors de l'élaboration de l'opération nationale « Entretien de santé des 12-13 ans », commandée par le ministère de la santé, où médecins généralistes et pédiatres sont appelés à jouer un rôle de premier ordre (50).

Le médecin d'adolescents est d'abord un omnipraticien, soit un pédiatre ou un médecin généraliste (médecin de famille). Ce praticien doit se distinguer par son intérêt spécifique pour l'adolescence et par son approche résolument biopsychosociale des adolescents. Bon clinicien au sens classique, familier de la puberté et du développement en général, bien au fait des enjeux et du vécu des maladies à cet âge, il est particulièrement attaché au principe de la globalité et continuité des soins. Si l'hôpital est généralement son lieu d'exercice de prédilection (51), sa pratique, qui repose sur une relation de soins personnalisée avec l'adolescent et son entourage, s'exerce pour une grande part en ambulatoire (52,53).

Une originalité du médecin d'adolescents est son ouverture relationnelle et sa forte implication clinique dans des domaines habituellement considérés comme relevant de la psychologie médicale, de la famille ou du champ social.

Sa connaissance privilégiée du corps de l'adolescent en croissance, sa grande expérience de la personne adolescente « en contexte » et sa capacité à aller aussi vite à l'essentiel tout en respectant la bonne distance lui permettent à partir de motifs de consultation très variés, une médecine « élargie ». Cette posture lui confère une relative autonomie clinique et une propension au rôle de médecin référent ou du coordinateur de soin sur la durée ; elle explique également le caractère assez élaboré de ses liens avec les divers professionnels extérieurs, notamment ceux du champ psychosocial qu'il connaît bien.

Le médecin d'adolescents, en présence de symptômes flous, de manifestations de souffrance psychique ou de difficultés socio-familiales, est dans son élément et n'a généralement pas pour première réponse de passer la main. On le retrouve volontiers pour soutenir les droits des adolescents, s'occuper de gynécologie et de sexualité, ou encore s'investir dans des situations « carrefour » telles que les tentatives de suicide, les violences subies ou les troubles alimentaires. En cas de nécessité d'une évaluation ou d'une prise en charge spécialisée de nature socioéducative ou psychiatrique, le médecin d'adolescents est premier à réagir, et doit orienter très rapidement lorsqu'il le faut.

2.2. Comportements de santé et santé des adolescents

L'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) réalisée en 2002, explore la santé, les comportements de santé, la vie à l'école et les loisirs des jeunes âgés de 11,13 et 15 ans (54). Elle s'est déroulée dans 554 établissements regroupant 8 185 élèves, dont 49,5 % de garçons (effectif de 4 054) et 50,5 % de filles (4 131), soit un sex-ratio de 0,98.

Dans cette enquête, la santé des adolescents a été évaluée à partir d'indicateurs de santé subjectifs : plaintes somatiques et psychologiques, indice de satisfaction personnelle. Ce choix se justifie par le fait que les indicateurs de santé habituellement utilisés chez l'adulte (mortalité et/ou morbidité) sont peu concluants chez l'adolescent en raison des valeurs très basses observées dans cette tranche d'âge, qui en limitent l'intérêt pour une information « objective ».

2.2.1. Symptômes de santé subjectifs

Concernant les plaintes subjectives, elles ont été recueillies à travers deux séries de questions listant les symptômes les plus courants à l'adolescence : symptômes liés au domaine psychologique d'une part, plaintes pouvant relever du registre de la pathologie organique (voire de la somatisation) d'autre part.

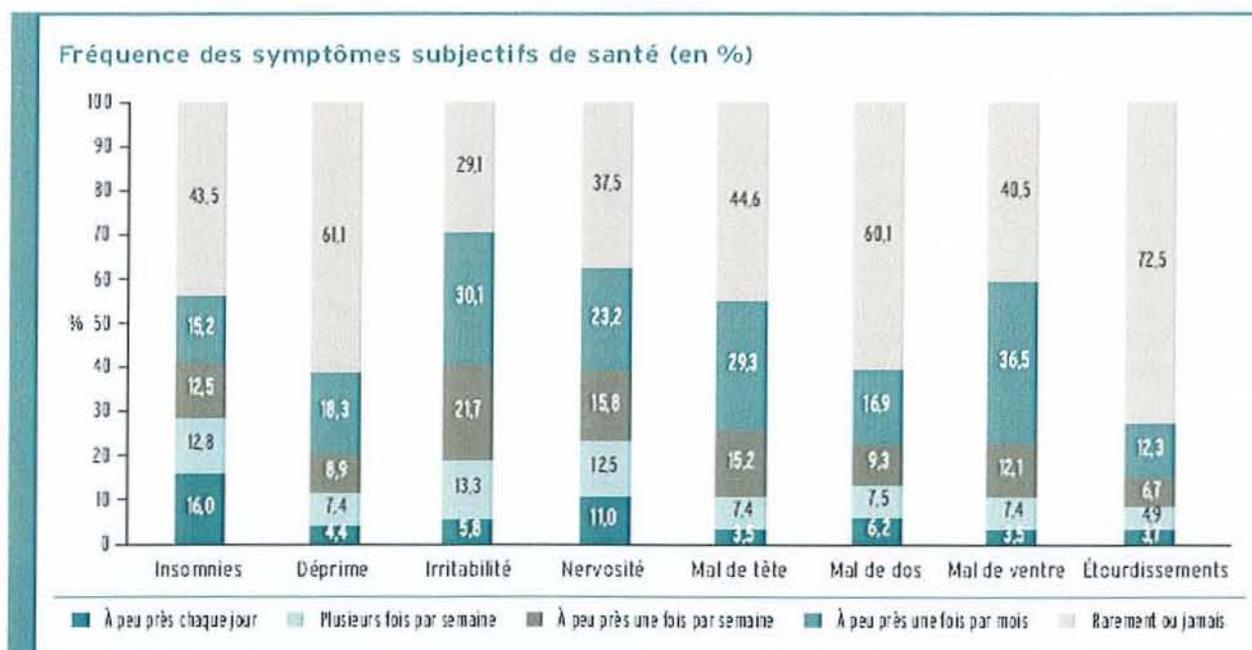
Ainsi, on demandait à l'élève : « *Durant les six derniers mois, as-tu eu : mal à la tête/mal au ventre/mal au dos/des difficultés à t'endormir/des étourdissements ?* », ainsi que : « *Durant les six derniers mois, as-tu été : déprimé/irritable ou de mauvaise humeur/nerveux (se) ?* ».

Pour chaque symptôme, les réponses proposées étaient : « *À peu près chaque jour/Plusieurs fois par semaine/À peu près une fois par semaine/À peu près une fois par mois/Rarement ou jamais* ».

Ces symptômes peuvent être étudiés un par un mais ils sont rarement isolés. Pour cette raison, le réseau HBSC a défini « le syndrome de plaintes », caractérisé par le fait de déclarer au moins deux symptômes plus d'une fois par semaine dans les six mois précédents.

Le tableau suivant présente le pourcentage d'élèves indiquant la fréquence de ces symptômes.

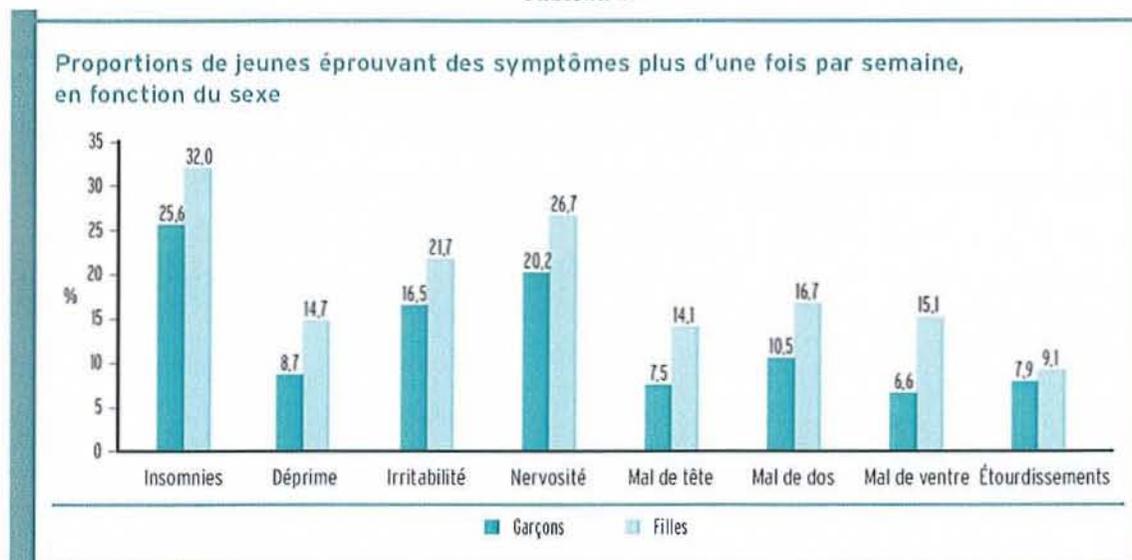
Tableau 1



Source HBSC 2002

L'étude en fonction du sexe montre que toutes ces plaintes sont plus souvent rapportées par les filles, avec des fréquences supérieures de 5 % à 8 % à celles des garçons, sauf pour les étourdissements. (Tableau 2).

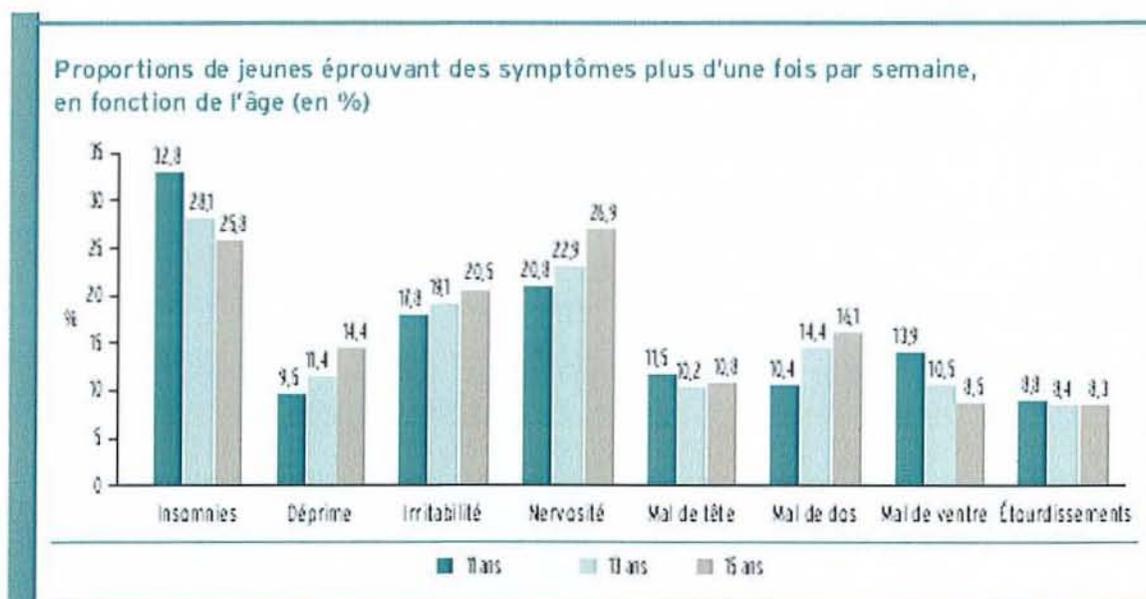
Tableau 2



Source HBSC 2002

L'évolution en fonction de l'âge varie selon les troubles. Ainsi, la nervosité, le mal de dos et la « déprime » augmentent entre 11 et 15 ans, tandis que l'insomnie et le mal de ventre diminuent. Le mal de tête et les étourdissements ont des fréquences constantes (Tableau 3).

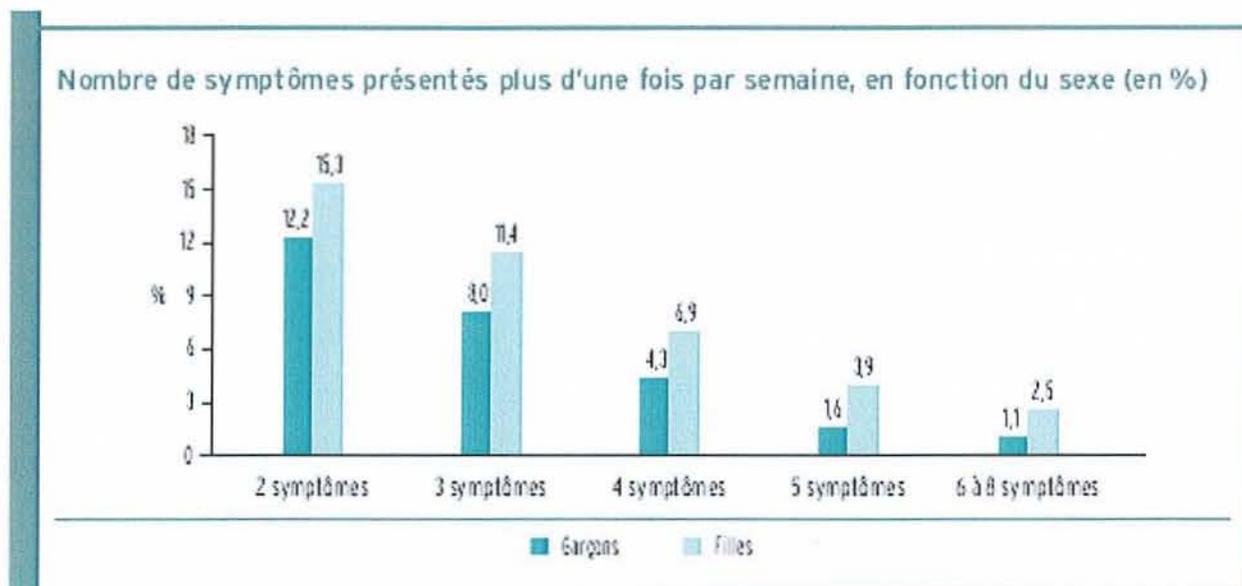
Tableau 3



Source HBSC 2002

La prévalence de ce que nous avons défini plus haut comme un syndrome de plainte ne varie pas avec l'âge, mais est supérieure chez les filles : 40 % d'entre elles et seulement 27 % des garçons rapportent au moins deux symptômes plus d'une fois par semaine, tandis que 50 % des garçons et seulement 37 % des filles n'en présentent aucun à cette même fréquence (Tableau 4).

Tableau 4



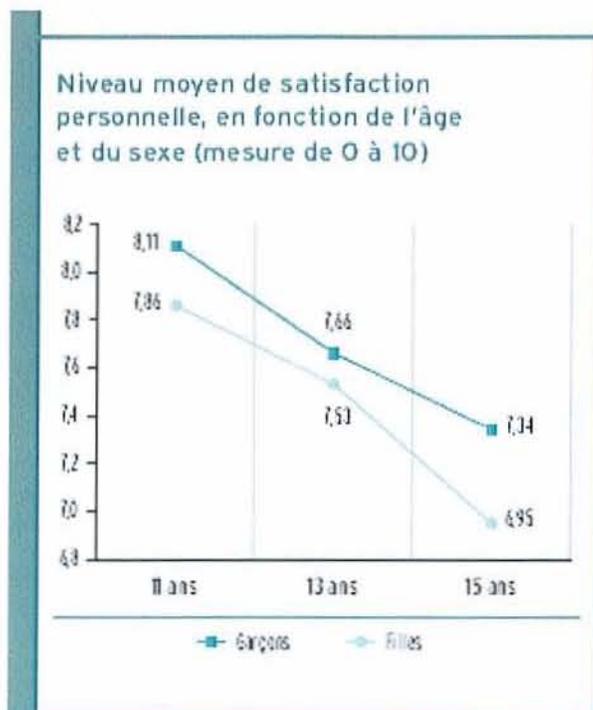
Source HBSC 2002

2.2.2. Satisfaction personnelle

La satisfaction personnelle concernant la vie a été mesurée à l'aide d'une mesure globale, l'échelle de Cantril (55), utilisée depuis de nombreuses années chez l'adulte. Quelques modifications mineures ont été apportées à la formulation de la question afin de la rendre compréhensible à des enfants de 11 ans. Les élèves étaient donc invités à exprimer leur opinion sur la qualité de leur vie à l'aide d'une échelle graduée de 0 à 10, la valeur 0 représentant « la pire vie possible » et la valeur 10, « la meilleure vie possible ».

En général, les adolescents ont un niveau moyen de satisfaction assez élevé, de l'ordre de 7,5 sur 10. En accord avec la plus grande fréquence des troubles rapportés par les filles, celles-ci ont un niveau moyen de satisfaction inférieur de 0,5 à celui des garçons. De plus, ce niveau moyen diminue en fonction de l'âge, et cela de manière un peu plus prononcée chez les filles (tableau 5).

Tableau 5

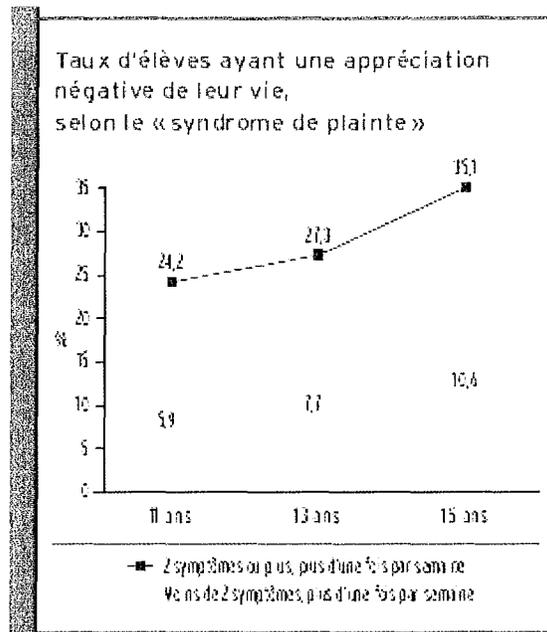


Source HBSC 2002

2.2.3. Lien entre plaintes somatiques et satisfaction personnelle

Comme on pouvait s'y attendre, le lien entre le niveau de satisfaction personnelle et le syndrome de plainte est très fort. Ainsi, 29 % des élèves rapportant deux symptômes ou plus, plus d'une fois par semaine, ont une perception négative de leur vie, avec un score à l'échelle de Cantril compris entre 0 et 5. Seuls 8,1 % des élèves exempts de ce syndrome de plainte ont également une perception négative de leur vie. Ces liens sont comparables dans le temps et quel que soit le sexe (Tableau 6).

Tableau 6



Source HBSC 2002

2.3. La différence des comportements de santé en fonction du sexe

Comme dans l'étude menée par l'HBSC, d'autres études ont mis en évidence une différence selon le sexe concernant le recours aux soins et les comportements en matière de santé (56).

Les adolescentes expriment des attentes et des besoins nettement plus importants que les congénères. Elles consultent plus souvent, ont de plus nombreuses plaintes, prennent plus de médicaments, bien que les motifs de consultation et les pathologies somatiques rencontrées soient sensiblement les mêmes dans les deux sexes.

En matière de santé mentale, la différence fille-garçon n'est pas seulement quantitative, mais surtout qualitative, puisque la psychopathologie présentée diverge en fonction du sexe (57). La tendance dépressive apparaît nettement dès les premières années de l'adolescence, de façon presque explosive dans le sexe féminin, avec un rapport filles/garçons de deux pour un que l'on retrouve chez l'adulte (58).

Les chiffres dont on dispose pour les idées suicidaires et les tentatives de suicide vont dans le même sens. Si en début d'adolescence, les idées suicidaires sont de fréquence similaire dans les deux sexes, l'écart va rapidement se creuser. Globalement 13,7% des adolescentes de 12 à 19 ans, contre 7,5% des adolescents, ont eu des idées suicidaires dans l'année (59). Pour les tentatives de suicide, 5,4 % des filles contre 2,1% des garçons déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide dont un tiers a été hospitalisé.

Les troubles du comportement alimentaire, anorexie mentale, boulimie nerveuse apparaissent de façon spécifique à l'adolescence avec une très importante prédominance féminine (sex ratio de 9 à 16 pour l'anorexie et de 5 à 10 pour boulimie) (57).

En revanche, la prédominance masculine se retrouve dans de nombreux autres indicateurs, dans le registre des conduites déviantes ou antisociales : absences injustifiées dans le système scolaire, conduites agressives. Il en est de même pour les consommations de drogues illicites et celles d'alcool.

Le constat de cette typologie très tranchée des comportements des adolescentes et des adolescents en matière de santé permet de ne pas limiter les observations à la comparaison des sexes critère par critère. Il est plus judicieux d'utiliser les indicateurs différents, caractéristiques de chaque sexe, pour les confronter ensuite. Ainsi les aspects pathologiques et dangereux des troubles de conduites des adolescents masculins, que sont les accidents, les comportements anti sociaux, l'alcoolisme et les addictions peuvent être mis en regard avec les plaintes somato-psychiques féminines, telles que dépressions, tentatives de suicide ou trouble du comportement alimentaire.

La souffrance et les risques graves ne sont pas l'apanage de ceux qui se plaignent le plus, ce qu'illustre un taux global d'hospitalisation identique pour les deux sexes (57). On peut donc émettre l'hypothèse que le plus haut niveau d'expression des plaintes et le plus fort recours aux soins des adolescentes, les protègent de conduites plus dangereuses, lesquelles toucheraient moins les garçons s'ils avaient accès à d'autres modes d'expression que les registres de conduites.

Ces différences ne sont pas l'apanage de l'adolescence, mais une caractéristique adulte qui se révèle dès la transformation pubertaire, en début d'adolescence. On peut s'étonner de la permanence de tels schémas malgré les importantes modifications sociales et culturelles de ces dernières décennies en faveur de l'égalité des sexes.

2.4. Les adolescents aux urgences hospitalières

Depuis quelques années, de nombreux travaux attestent une réflexion sur l'évolution de la demande de soins auprès des services d'urgences (60). Leur activité croissante relève non tant d'une augmentation d'incidence d'affections relevant de l'urgence que d'une évolution de l'usage de ces structures et de celles en amont. La demande de soins de la population adolescente auprès des services d'urgences, pédiatriques ou adultes, suscite des interrogations semblables (61) mais d'autant plus vives que :

- Les adolescents ont recours aux services d'urgences dans une proportion beaucoup plus importante que ne voudrait la part de population qu'ils représentent, avec une fréquence non négligeable des passages itératifs
- Certaines demandes de soins en urgence peuvent apparaître floues, l'adolescent ne sachant trop qu'attendre du corps médical ou pouvant refuser les soins
- Le clivage entre structures d'accueil pédiatrique et adultes n'est pas pour simplifier les difficultés ni diminuer l'appréhension des équipes soignantes face aux adolescents
- L'orientation en aval, temps thérapeutique essentiel à cet âge, nécessite une liaison efficace entre service d'urgence et environnement médico-social.

2.4.1. Motif de passage

Selon une enquête réalisée auprès du CHU d'Amiens et dans six hôpitaux de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, la pathologie traumatique représente environ deux tiers des passages (62). C'est dans ce groupe d'adolescents qu'on retrouve le plus fort taux de « récidivistes », ce qui renvoie aux « mises en risque » habituelles à cet âge de la vie mais aussi au rôle de certains traits psychopathologiques (surtout anxiété et dépression), mis en évidence chez les adolescents victimes d'accidents sérieux à répétitions (5).

Les affections dites organiques atteignent environ 25% des consultations. La répartition des diagnostics est semblable aux motifs de consultation « en ville », ce qui met en évidence l'utilisation des urgences comme source de soins primaires.

Environ 5 % des adolescents en « souffrance » (définis comme ceux présentant des troubles psycho-comportementaux et nécessitant l'intervention d'un psychiatre) se présentent aux urgences. Les motifs sont pour la moitié, tentatives de suicide ou tableaux anxiodépressifs, pour l'autre moitié, climats de crise, violences subies ou agies, alcoolisation. Ces situations peuvent mettre en difficulté les équipes soignantes qui se sentent parfois inadaptées et non préparées à leur prise en charge, sentiment de surcroît majoré par le clivage entre urgences pédiatriques et urgences adultes.

2.4.2. Orientation d'aval

L'enquête réalisée au CHU d'Amiens et aux Hôpitaux de Paris a aussi mis en évidence qu'environ 1/5 des adolescents sont hospitalisés suite au passage aux urgences. Un adolescent sur trois est reconvoqué à un rendez vous de consultation, et plus de la moitié d'entre eux sortent à domicile sans rendez vous de contrôle (surtout en traumatologie).

C. Consommation de substances et toxicomanies chez l'adolescent

1. Généralités

L'accroissement de la consommation de drogues parmi les jeunes générations sensibilise et inquiète, à juste titre, l'opinion publique et les professionnels de la santé. Cependant, dans un domaine où les facteurs socioculturels s'avèrent particulièrement prégnants, il n'est pas toujours facile de dégager avec clarté la nature et l'importance des problèmes posés. Toute consommation de drogues n'est pas synonyme de toxicomanie. Comme nous l'avons déjà vu, l'expérimentation, l'usage occasionnel, l'usage régulier, l'abus et la dépendance représentent autant de modalités de consommation différentes appelant des réponses diversifiées.

Une autre difficulté tient à l'habitude, notamment en France, de considérer séparément l'alcool et les drogues. Les conduites de consommation parmi les jeunes générations se sont beaucoup modifiées. A la consommation centrée sur un produit donné des années 1960-1970 s'est substituée de nos jours, une conduite de consommation polymorphe, associant plusieurs produits ou sautant, au hasard des circonstances, de l'alcool aux drogues ou aux médicaments psychotropes. Les adolescents d'aujourd'hui utilisent sans discrimination alcool et drogues, et toutes les études montrent que l'utilisation régulière d'un produit psychotrope quel qu'il soit favorise toujours l'usage des autres (63).

2. Epidémiologie

De nombreuses études s'intéressent à la consommation de drogues durant l'adolescence. C'est en effet à cette période qu'ont lieu les premières expériences de prise de produits licites ou non, et que peuvent s'installer des consommations régulières. Si leur synthèse s'avère difficile, en raison notamment de l'hétérogénéité des populations étudiées et de la diversité des moyens d'évaluation utilisés, certaines tendances se dégagent néanmoins nettement (64).

En France, les enquêtes réalisées par l'INSERM permettent de se faire une idée sur l'évolution de la consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents scolarisés (64). L'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) a mis en place un dispositif d'observation de consommation de produits psychoactifs à l'adolescence qui comprend aujourd'hui trois enquêtes, dont deux se déroulent dans un cadre international : l'enquête HBSC, l'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) observe les usages des jeunes collégiens et lycéens dans 35 pays d'Europe dont la France (65,66), tandis que l'enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel de préparation à la Défense (ESCAPAD) offre une observation des Français de 17 ans, scolarisés ou non (1,2).

Le produit dont l'expérimentation s'avère la plus fréquente est l'alcool ; ensuite, viennent le tabac, le cannabis et enfin les autres drogues (Tableau 7). L'enquête HBSC a permis de différencier l'alcool des ivresses alcooliques (consommation de plus de cinq verres en une seule occasion). Concernant la fréquence des expérimentations, l'ivresse se place après l'alcool et le tabac.

La diffusion de l'alcool apparaît très précoce puisque 59% des jeunes de 11 ans déclarent en avoir déjà bu alors qu'à peine 8% disent avoir déjà fumé une cigarette. Par conséquent, l'élévation du niveau d'expérimentation mesurée entre 11 et 15 ans est faible pour l'alcool (elle est multipliée par 1.4 entre ces deux générations), plus marquée pour le tabac et l'ivresse (le rapport est de 1 à 7) et très forte pour le cannabis (le rapport est de 1 à 25). L'expérimentation du tabac reste importante à 15 ans (55%), malgré la forte baisse enregistrée par ailleurs dans la population adolescente (67,68) et adulte (69) ces dernières années.

Dans l'ensemble, ces expérimentations sont plus masculines, mais il existe des nuances importantes suivant les types de produits et l'âge des adolescents. Ainsi, pour les produits licites, y compris l'ivresse alcoolique, la surreprésentation masculine, mesurée par le sex ratio, est marquée à 11 ans, mais l'écart entre les deux sexes est plus réduit à 13 et 15 ans.

En définitive, si les garçons présentent des expérimentations plus précoces, celles des filles plus tardives, sont aussi plus massives, du moins jusqu'à 15 ans. Pour le tabac, l'expérimentation est même légèrement plus féminine à cet âge.

Tableau 7: Expérimentations du tabac, d'alcool, de cannabis suivant le sexe et l'âge (%)

		Garçons	Fille	Sex ratio	Ensemble
Alcool	11 ans	64	54	1,2	59
	13 ans	74	71	1	72
	15 ans	84	83	1	84
Tabac	11 ans	10	5	2	8
	13 ans	30	29	1,1	29
	15 ans	52	57	0,9	55
Ivresse	11 ans	9	4	2,3	6
	13 ans	17	14	1,2	16
	15 ans	44	38	1,2	41
Cannabis	11 ans	1	1	1	1
	13 ans	5	4	1,3	5
	15 ans	30	25	1,2	28

Source OFDT, HBSC 2006

3. Le tabagisme

La consommation hebdomadaire de tabac est quasi inexistante à 11 ans. A 13 ans, la moitié des usages au moins hebdomadaires sont des usages quotidiens ; ils ne concernent que 5% des jeunes, les filles autant que les garçons. A 15 ans, en revanche, cet usage concerne un adolescent sur cinq avec une consommation au moins hebdomadaire et légèrement féminine.

Concernant l'évolution au cours des années, on peut noter une baisse continue de la consommation du tabac entre 1999 et 2007 (67). Cette diminution peut en partie être expliquée par l'augmentation des taxes sur les produits du tabac. Le prix du paquet de cigarettes le plus vendu est ainsi passé de 3,60 euros à 3.90 euros en janvier 2003, puis à 4,60 euros en octobre de la même année, avant d'atteindre 5 euros en janvier 2004, les prix ayant ensuite été gelés. L'enquête ESCAPAD 2005 permet d'évaluer l'impact de ces hausses sur les habitudes tabagiques des jeunes (2). Pour ce faire, l'analyse a été restreinte aux fumeurs quotidiens depuis au moins deux ans. Près d'un tiers dit avoir diminué sa consommation quotidienne, près d'un cinquième a seulement tenté de le faire et enfin un tiers a échoué dans son entreprise d'arrêt. Ce constat doit être nuancé par le fait qu'un peu moins de deux fumeurs quotidiens sur dix affirment n'avoir rien changé à leurs habitudes de consommation, tandis qu'une grande majorité les ont adaptées dans un sens ne permettant pas d'escompter de gain en termes sanitaires.

Ces hausses ont en effet aussi modifié la nature des produits fumés et le mode d'approvisionnement : un peu plus d'un quart de ces fumeurs disent s'être tournés vers des cigarettes moins chères et un cinquième vers le tabac à rouler, tandis que près de la moitié déclare tenter de s'approvisionner à l'étranger. Enfin, trois sur dix disent avoir cessé d'offrir des cigarettes, ou du moins le faire moins volontiers.

4. Le cannabis

A 15 ans, près d'un tiers des adolescents disent avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie, un sur sept au cours du mois et 3,4 % déclarent en voir fumé régulièrement, c'est-à-dire au moins dix fois au cours du dernier mois. Comparés aux filles, les garçons sont plus souvent concernés, et l'écart est d'autant plus marqué que les usages considérés sont fréquents : le sex ratio passe de 1,2 pour l'expérimentation à 2,5 pour l'usage régulier. (1,2)

Concernant les représentations des effets du cannabis, les consommateurs réguliers de cannabis rapportent significativement plus fréquemment des effets plaisants et significativement moins fréquemment des effets déplaisants ou négatifs, les risques de dépendances et de retentissement scolaire, social et familial. Aucun sujet ne mentionne le risque des accidents de la circulation. Ces résultats suggèrent qu'une information sur les effets négatifs du cannabis, ses risques, ses conséquences scolaires, sociales et familiales peuvent être une cible pour la prévention (70).

Les influences parentales et sociales jouent aussi un rôle dans la consommation du cannabis chez les adolescents. Selon l'étude de Chabrol, le nombre de camarades consommateurs, le fait que le père consommait ou avait consommé du cannabis, les attentes positives étaient des facteurs prédictifs indépendants de la consommation de cannabis (71).

Le nombre des camarades opposés à la consommation et les attentes négatives étaient des facteurs indépendants de la non consommation. L'opinion des parents et le fait que la mère consommait ou ait consommé du cannabis n'intervenaient pas dans la consommation ou de la non-consommation. Ces résultats ont aussi une implication pour la prévention. La normalisation de la consommation par les pairs peut contribuer à l'abstinence. L'absence d'influence des attitudes parentales suggère que la désapprobation parentale de l'usage n'est pas efficace dans la prévention de l'usage tandis que l'exemple de la consommation ou de la non-consommation du père peut influencer l'usage du cannabis par les adolescents.

L'approvisionnement en cannabis varie en fonction de la fréquence de consommation et du sexe (70).

Parmi les fumeurs de cannabis au cours de l'année, les garçons sont plus nombreux que les filles à déclarer généralement l'acheter (49,9% vs 33,3%) ou le cultiver (12,4% vs 4,5%). Ces dernières sont en revanche plus nombreuses à se le faire offrir (77,2% vs 60,4%). Ces réponses ne sont pas exclusives : un consommateur peut en effet alterner ces modes d'approvisionnement suivant les opportunités. Néanmoins les parts d'auto-culture et d'achat croissent avec la fréquence de la consommation, tandis que celle du don diminue.

Ainsi, 85,9% des fumeurs quotidiens déclarent ordinairement acheter leur cannabis et ce quel que soit le sexe, 31,4% le cultiver eux-mêmes, mais 34,1% disent encore se le procurer gracieusement, ce dernier mode d'approvisionnement concernant toujours les jeunes filles (45% vs 30%).

5. Produits illicites et détournés

A l'exception du cannabis, les usagers de drogues illicites ou de produits détournés sont rares (Tableau 8) (1,2). Les produits les plus souvent utilisés sont les produits à inhaler (colles, solvants, etc.) avec 5% d'usagers, puis la cocaïne ou le crack (3%), les amphétamines, aux alentours de 2% et enfin l'héroïne et le LSD sont sous la barre de 1%. Une catégorie résiduelle « d'autres produits » a été déclarée par 8% des jeunes, mais son contenu est inconnu. En particulier, le caractère psychotrope, illégal ou non redondant avec les substances déjà mentionnées est incertain, notamment pour le cannabis, connu sous de très nombreuses appellations locales suivant sa nature, sa provenance et sa qualité. Précisons que ces usagers sont assimilables à des expérimentations étant donné l'âge des répondants.

Pour tous ces produits, le sex ratio est proche de 1 et l'écart entre les sexes non significatif ; même pour l'ecstasy et les amphétamines. La non-significativité des écarts est essentiellement due à la faiblesse des effectifs d'expérimentateurs concernés à cet âge.

Tableau 8: Niveaux d'usages au cours des 12 derniers mois de drogues illicites à 15 ans (%)

	Garçons	Filles	Sex ratio	Ensemble
Produits à inhaler	5	5	1	5
Cocaïne ou crack	3	3	1	3
Amphétamines	3	2	1,5	2
Ecstasy	1	1	1	1
Héroïne	1	1	1	1
LSD	1	1	0	1

Source OFDT, HSBC 2006

6. L'alcool

6.1. Le « parcours » de l'alcool dans l'organisme (72)

L'éthanol (C_2H_5OH) est une molécule de petite taille qui diffuse facilement au travers des membranes cellulaires de notre organisme. Cette propriété a été mise au profit de l'alcootest et l'éthylomètre qui permettent de doser l'alcool dans l'air expiré par nos poumons.

L'alcool est un inhibiteur du système nerveux central qui diminue globalement l'activité neuronale. Cependant, pour des faibles concentrations plasmatiques, une action stimulante peut être observée.

Son absorption est maximale au niveau du jéjunum. La vitesse d'absorption dépend de plusieurs facteurs : la vidange gastrique, l'absence de protéines ou de graisses, le faible pourcentage de dilution d'éthanol et la présence du gaz carbonique.

Plus de 90% de l'éthanol consommé a un métabolisme hépatique. L'hépatocyte contient les trois principales voies métaboliques de l'alcool: la voie de l'alcool déshydrogénase dans le cytosol, le système d'oxydation microsomal situé dans le réticulum endoplasmique et la catalase située dans les peroxysomes. Chacune de ces voies métaboliques conduit à l'acétaldéhyde, un métabolite hautement toxique qui va être oxydé en acétate par l'aldéhyde déshydrogénase. L'acétate est ensuite oxydé en dioxyde de carbone et en eau par les tissus périphériques.

L'acétaldéhyde peut former des produits stables et instables qui vont altérer les fonctions cellulaires hépatiques. L'alcool peut avoir un effet délétère sur le métabolisme des acides gras, sur la synthèse du glucose, sur le stress oxydatif et enfin sur le métabolisme protéique

intrahépatique. Enfin, l'alcool peut modifier le métabolisme des xénobiotiques, surtout par l'intermédiaire de l'induction sélective des cytochromes P450 ou leur inhibition compétitive.

6.2. Epidémiologie

La consommation de boissons alcooliques diminue régulièrement en France depuis 40 ans (73). Malgré cette diminution l'alcool représente la deuxième cause de mortalité évitable (après le tabac) dans l'ensemble de la population générale et la première cause chez les jeunes.

Le mésusage de l'alcool est le plus responsable d'une morbidité importante pour le consommateur, ainsi que les conséquences sociales délétères pour lui-même, son entourage et la nation. En plus de son rôle bien documenté dans l'accidentalité (notamment routière) le mésusage de l'alcool serait impliqué dans 40 à 50 % des homicides et dans 26 à 39% des agressions physiques et sexuelles (74).

Ce constat justifie pleinement l'objectif numéro un de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique, à savoir diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20%, en passant de 10,7 L/an en 1999 à 8,5L /an en dix ans (75). Pour réaliser cet objectif, des messages d'information et de prévention destinés à l'ensemble de la population sont indispensables.

Les modalités de consommation diffèrent cependant considérablement selon les tranches d'âge, d'où la nécessité de diffuser parallèlement des messages ciblés, notamment en direction des adolescents, tout en tentant d'éviter l'écueil que pourrait représenter à leurs yeux une stigmatisation de leur comportement.

D. L'adolescent face à l'alcool

1. Etat des lieux

Comme nous l'avons cité ci-dessus, l'étude de référence est l'enquête ESCAPAD 2005 qui s'appuie sur la réponse de près de 30 000 jeunes des deux sexes (2). Elle révèle que l'usage régulier d'alcool reste surtout masculin. Sa prévalence décroît par rapport à 2003 : 18% des garçons sont concernés, au lieu de 21% ; ainsi que 6% des filles, au lieu de 7%.

L'alcool est le produit le plus diffusé (88 % des élèves de 15 ans ont déjà bu de l'alcool au cours de leur vie, sans distinction entre les sexes). Malgré cette large présence au sein de la population adolescente, la consommation régulière d'alcool ne concerne qu'un élève sur huit. C'est un comportement fortement masculin : en 2005, pratiquement un garçon sur cinq déclare au moins dix usages dans le mois contre une fille sur dix.

A 16 ans, un peu moins de la moitié des élèves déclarent avoir déjà été ivres au cours de leur vie, plus d'un tiers (36%) au cours des douze derniers mois et 3,5% au moins dix fois au cours de cette même période. Comme la consommation d'alcool, l'ivresse s'avère plutôt masculine, mais l'écart entre les sexes est moins prononcé pour ce comportement. Moins de la moitié des jeunes (39%) disent avoir bu 5 verres ou plus en une seule occasion au cours des trente derniers jours (Tableau 9) (2). Cette modalité d'intoxication alcoolique aiguë est fréquemment qualifiée de « binge drinking » notion anglo-saxonne définie par une intention d'obtention de l'état d'ivresse (76).

Tableau 9: Consommation d'alcool en 2005 (% et sex ratio)

	Garçons	Filles	Sex ratio	Ensemble
Expérimentation (≥ 1 usage/vie) alcool	89	88	1ns	88
Alcool ≥ 1 usage / année	82	81	1ns	81
Alcool récent (≥ 1 usage/mois)	66	62	1,1*	64
Usage régulier (≥ 10 / mois) d'alcool	18	9	2,1***	13
Expérimentation (≥ 1 usage/vie) ivresse	47	45	1,1ns	46
Ivresse ≥ 1 usage / année	37	35	1,1ns	36
Ivresse régulière (≥ 10 /an)	4,2	2,7	1,6*	3,5
5 verres et +/-occasion au cours du mois (≥ 1 /mois)	44	34	1,3***	39
5 verres et +/-occasion au cours du mois (≥ 10 /mois)	4,5	1,2	3,9***	2,8

Ns, *, *** : test du Chi² pour la comparaison des sexes non significatif et significatif au seuil 0.05, et 0.01

2. « Binge drinking »

En 2006, près de 80 millions d'Européens de plus de 15 ans reconnaissent avoir recours au « binge drinking » (77). Cette consommation excessive d'alcool (> 5 verres pris en un temps limité, voire chronométré), lors d'une soirée ou d'un week-end, a pour but l'état d'ivresse chez des jeunes qui ne boivent pas habituellement.

2.1. Facteurs de risque et prévalence

Le binge drinking débute actuellement autour de 12-13 ans pour s'intensifier après le baccalauréat.

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés dont l'âge (fin de l'adolescence et début de l'âge adulte) et le sexe (prévalence supérieure chez l'homme excepté en Grande Bretagne et au Danemark) (78). Il n'existe pas de lien significatif entre le statut socio-économique ou le niveau d'étude et le comportement par rapport à l'alcool. Pourtant il est admis que le passage à l'université le favoriserait (78).

Certains parents toléreraient les ivresses de leurs enfants en y voyant même un signe de virilité. Leur permissivité est souvent néfaste. Des parents alcooliques ou défaillants dans le domaine éducatif, voire même l'absence de lien familial, constituent un facteur de risque supplémentaire.

La consommation est plus importante dans les pays du nord dans lesquels l'alcool est culturellement et historiquement présent (77). C'est ainsi que la fréquence des ivresses à 16 ans est telle au Royaume Uni (23% au moins trois fois durant les trente derniers jours) qu'elle a conduit Moira PLANT à intituler « Binge Britain » son ouvrage consacré à cette modalité d'alcoolisation. (79). Il est remarquable également que les filles soient plus nombreuses à s'enivrer que les garçons au Royaume Uni, alors que dans la majorité des autres pays européens, la recherche d'ivresse est un comportement essentiellement masculin. La prévalence des ivresses répétées (au moins trois fois dans les trente jours) est encore plus élevée au Danemark (26%) et toujours considérable en Finlande (16%).

2.2. Modalités de consommation

Ces « beuveries express » ont surtout lieu le week-end, lors d'occasions spéciales (fêtes, anniversaires), entre amis. Les boissons les plus souvent consommées sont des alcools forts, seuls ou parfois mélangés entre eux.

L'adolescent exécute une procédure d'absorption très codifiée, parfois sous la houlette d'un maître de cérémonie. Par exemple, deux personnes se tiennent la main lors de l'absorption rapide d'un verre. Ou encore, le jeune utilise la paume de sa main pour mélanger les alcools entre eux en frappant le verre contre un support. Ces consommations sans limites se réalisent dans un contexte festif, en présence d'amis qui valorisent ces comportements. L'usage solitaire est en revanche très peu répandu (78).

Une autre boisson « populaire » est le « prémix ». Ces boissons dont la teneur en alcool est de 5 à 6%, sucrées au goût, joliment colorées, agréables à boire et bon marché remportent un succès considérable.

Concernant les co-addictions (80), comme nous l'avons déjà cité le tabac est le plus fréquent particulièrement chez les hommes (odd ratio de 17 entre les binges drinkers et les fumeurs).

Le cannabis, de loin la substance illicite la plus utilisée lors des soirées, semble être consommée par beaucoup de jeunes. Ses effets sont contraires à ceux de l'alcool (euphorie, exaltation). Le joint peut être fumé à l'écart de la soirée, à l'abri du regard des autres et conduire parfois à un isolement du sujet.

La cocaïne (sniffée ou plus rarement fumée), deuxième drogue illicite, concerne une minorité grandissante de plus en plus.

3. Les risques immédiats liés à la consommation d'alcool

3.1. Alcool et accidents

Tous âges confondus, on estime à plus d'un tiers la proportion d'accidents mortels de la circulation survenus dans un contexte d'alcoolisation du conducteur (81). Dès 0,5 g/L, soit une alcoolémie atteinte après trois verres de boissons alcoolisées à jeun chez l'adulte, la probabilité d'accident est déjà multipliée par deux. Par ailleurs, 22% des accidents entraînant des dommages corporels et 45% des accidents mortels surviennent la nuit, période pourtant de très moindre circulation.

La tranche d'âge des 18-24 ans est la plus gravement touchée, les accidents avec alcool ont occasionné 38,1 % des tués et 21 % des blessés hospitalisés.

3.2. Alcool et conduites à risques en matière de sexualité

De nombreuses données étrangères font état d'une fréquence élevée d'alcoolisation corollaire de risques sexuels.

En Suède, le premier rapport sexuel est sous l'influence de l'alcool chez le quart des adolescents (82).

Aux Etats-Unis, une enquête réalisée auprès de 1000 adolescents a aussi permis de mettre en évidence une augmentation des comportements sexuels à risque et la consommation précoce d'alcool. Ainsi, une consommation précoce d'alcool augmente le risque de relations sexuelles non protégées, de partenaires multiples et de grossesse (83). L'usage précoce de l'alcool semble être associé à des comportements sexuels à risques chez les jeunes qui deviennent ainsi exposés au VIH, aux maladies sexuellement transmissibles ou à une grossesse non désirée. Les conséquences sont donc une nécessité de prévention intégrant non seulement les risques d'une consommation d'alcool précoce mais aussi ceux des rapports sexuels.

3.3. Alcool et conduites suicidaires

En population générale, le lien entre consommation alcool et suicide est bien repéré (84) et l'alcool est un facteur connu du risque suicidaire à l'adolescence.

Cette association est encore plus forte chez les adolescents de moins de 13 ans. En effet, une étude américaine réalisée auprès de 32 000 étudiants de 11 à 19 ans, confirme le lien entre la consommation excessive d'alcool et le risque de tentative de suicide (odds ratio 1.78). De plus, on peut noter que le risque de tentative de suicide est 2,6 fois plus élevé chez les préadolescents, alors que chez les adultes jeunes le risque est multiplié par 1,2. (85).

La relation de causalité est complexe. L'alcoolisation peut être comme symptôme de réponse au mal-être sous jacent, comme simple facilitation du passage à l'acte ou encore, dans le cas d'une alcoolisation aiguë, comme équivalent suicidaire.

4. Facteurs de risque d'installation d'une conduite addictive chez l'adolescent

4.1. Modalités de consommation à risque

Ces modalités de consommation à risque correspondent à l'âge du début des consommations, au caractère autothérapeutique de la consommation, à l'usage solitaire ou massif d'alcool, à la répétition des consommations, au cumul de consommation des substances psychoactives et enfin aux conduites à risque sous l'emprise d'alcool. Nous les décrivons dans ce qui suit.

4.1.1. Age de début précoce

C'est un facteur de risque pour le développement ultérieur d'une utilisation nocive pour la santé et/ou d'une dépendance, surtout si les consommations se répètent (86). Il faut être particulièrement attentif lorsqu'un usage est très précoce en raison des possibles conséquences médicales, psychologiques et sociales à long terme.

4.1.2. Cumul de consommation de substances abusives

L'usage à visée autothérapeutique – anxiolytique, antidépresseur ou hypnotique – peut être révélateur de troubles psychopathologiques sous jacents chez un certain nombre d'adolescents.

4.1.3. Consommations répétées

Plus le nombre de consommation est important, plus le temps d'exposition aux effets de l'alcool est grand au cours de la vie, plus le risque de survenue de complications augmente (87,88). L'effet recherché par la consommation fréquente et/ou en quantité élevée, est comme nous l'avons déjà évoqué dans le chapitre concernant le « binge drinking », une sensation de « défonce », d'anesthésie, d'évasion et d'oubli de la réalité.

4.2. Facteurs de risque individuels et environnementaux

4.2.1. Facteurs psychopathologiques

La littérature concernant l'étude des liens entre troubles psychopathologiques et abus de substances tel que l'alcool est riche et abondante. Dans cette partie, nous allons étudier le lien entre risque de conduite addictive et les troubles de conduites.

L'American Psychiatric Association (APA) désigne par « troubles de conduites » un ensemble de conduites antisociales qui se manifestent chez l'enfant ou l'adolescent par l'agression physique, le vandalisme, les mensonges et les actes délinquants (8). Reconnu pour son risque élevé de persister jusqu'à la fin de l'adolescence ou à l'âge adulte, ce type de trouble se complique du fait qu'il est fortement associé à une consommation problématique de psychotropes chez l'adolescent et notamment de l'alcool.

Devant cette association, l'hypothèse que ces deux phénomènes entretiennent des liens de causalité a été émise, l'un étant un facteur de risque pour le développement de l'autre.

Ainsi, les conduites antisociales précoces se sont révélées être des facteurs de risque de l'initiation et de la consommation d'alcool (89,90). Inversement, des études ont montré que la consommation d'alcool augmente le risque d'apparition des conduites antisociales en désinhibant les comportements délinquants (91,92). De plus, une consommation problématique d'alcool est associée à la persistance du trouble des conduites (93). En fait, l'augmentation ou le maintien de la consommation pourrait ne refléter que le style antisocial des jeunes dont le trouble des conduites persiste au moment de l'adolescence.

Par ailleurs, les adolescents délinquants présentent plus souvent des états d'ivresse que les adolescents « tout venant ». Environ 40% des adolescents délinquants répondent au diagnostic d'abus d'alcool et 18% sont même qualifiés de dépendants (93). Ces jeunes adolescents ont déjà connu les conséquences sociales, familiales, scolaires et professionnelles malheureuses en raison d'un usage immodéré de l'alcool au cours de la dernière année.

4.2.2. Facteurs environnementaux

La propension à une conduite addictive doit aussi être recherchée dans l'environnement du jeune : soit au sein de son système familial qui peut lui assigner une place pathogène, soit au sein de son groupe de pairs ou par des facteurs externes tels que la publicité.

4.2.2.1. Influence parentale

Une corrélation entre antécédents familiaux d'alcoolodépendance et la susceptibilité d'une consommation pathologique d'alcool est retrouvée dans de nombreuses études.

Une étude finlandaise s'est intéressée sur l'effet de deux facteurs : séparation de l'adolescent d'un des parents et la consommation d'alcool chez les parents. Ainsi une consommation excessive et précoce chez le père constitue un facteur puissant de mésusage d'alcool à l'âge de 15 ans. Chez les familles monoparentales, la prévalence de la consommation des adolescents est plus élevée (94).

Au-delà de ces relations parents-enfants, l'influence des événements de la vie sur l'usage des toxiques n'est pas à secondariser. Des liens ont été montrés entre les événements négatifs de la famille (décès, perte d'emploi) entraînant un dysfonctionnement familial et une consommation d'alcool et de substance à l'adolescence (95).

4.2.2.2. Influence des pairs

Le groupe des pairs joue un rôle important dans l'initiation et la consommation d'alcool. Le comportement des adolescents est largement déterminé par ses amis.

L'étude américaine de Fisher et al. (96) réalisée auprès de 5500 adolescents, s'intéresse sur les facteurs d'initiation de la consommation d'alcool. Une question consistait à déterminer le nombre d'amis qui ont déjà consommé de l'alcool. Parmi les filles qui ne fréquentent pas des amis consommateurs, 83 % n'ont jamais bu de l'alcool. Chez les garçons, on note un pourcentage similaire à 84%. Concernant la population d'adolescents qui fréquente des « adolescents consommateurs », 45 % des filles et 60% des garçons ont déjà consommé de l'alcool. Une relation a donc été mise en évidence entre ces 2 facteurs. Ce lien est d'autant plus important chez les moins de 15 ans.

4.2.2.3. Alcool et la publicité

Il est peu habituel de lire que les adolescents sont la cible préférée du marketing des alcooliers. Malher (97) dresse un tableau très inquiétant et malheureusement vérifiable de ce choix de faire d'eux des « cibles clairement identifiées » de l'industrie de l'alcool.

Les jeunes de 17 à 18 ans dépenseraient de 26 à 42 millions d'euros par mois dans l'alcool, ce qui est loin d'être négligeable. Les enfants et les adolescents d'aujourd'hui sont les consommateurs de demain.

L'attitude du marketing est « bien rôdée » avec des partenariats « pseudo –préventifs ». Une grande marque française de spiritueux dénonce les ivresses et participe à des démarches préventives en distribuant les éthylotests. Parallèlement, elle développe des opérations de marketings en organisant des tournées musicales destinées au jeune public. De nombreuses démarches ambiguës de ce type sont répertoriées par Malher.

Les alcooliers développent aussi des produits adaptés ciblant les goûts et les couleurs préférés des adolescents.

Mélanges sucrés, produits prêts à boire, emballages adaptés ont fait progressivement leur apparition. On modifie le goût de l'alcool pour le rendre plus acceptable. On diminue aussi le degré d'alcool pour se donner bonne conscience par rapport aux spiritueux purs. Parallèlement, on modifie le conditionnement : maxi canettes ou mini bouteilles d'apéritifs. Les dernières présentations alcoolisées banalisent encore plus la consommation : sorbets alcoolisés ou tube de vodka en gel (encore non commercialisé en France).

De plus, une autre technique d'approche très futile est la publicité dans la presse destinée aux adolescents. Le recensement des publicités pour l'alcool dans divers magazines américains, a démontré que la fréquence des publicités pour les bières et les alcools forts est 1,6 fois plus élevée dans les magazines pour adolescents (98). Même si ces données ne peuvent établir un lien de causalité avec la consommation des adolescents, elles suggèrent que les brasseries et l'industrie des spiritueux ciblent ces derniers, car elles sont bien conscientes de leur potentiel d'achat.

Enfin l'étude de Fisher et al. citée précédemment montre aussi l'influence des objets publicitaires tels que T-shirt ou sac à dos sur l'initiation d'une consommation d'alcool (96).

5. Repérage de l'usage nocif de l'alcool

Repérer et évaluer précocement les signes d'un usage nocif de l'alcool devrait permettre de prévenir une évolution vers la dépendance après la mise en place des stratégies adaptées.

Ces stratégies de repérage et d'évaluation des consommations nocives de substances psychoactives peuvent être envisagées sous différents angles (99) : soit de manière systématique lors des consultations de médecine générale ou scolaire ; soit de manière opportuniste lorsque le patient fait une demande de soins quel qu'en soit le motif. Elles comprennent la description du type de consommation du patient ; la recherche des modalités d'usage repérant les facteurs de gravité individuels et environnementaux ; la recherche des signes cliniques et des complications d'un usage nocif et l'utilisation de questionnaire.

5.1. CRAFFT et ADOSPA

Le questionnaire le plus souvent utilisé est le CRAFFT qui est un test composé de six questions. Ces questions s'intéressent surtout au comportement de l'adolescent vis-à-vis ou suite à la prise d'alcool, plutôt qu'aux quantités courantes (100). CRAFFT est l'acronyme correspondant aux items suivants : **C**ar, **R**elax, **A**lone, **F**orget, **F**amily/Friends, **T**rouble. Les questions sont à choix fermé simple binaire.

C	Have you ever ridden in a <i>car</i> driven by someone (including yourself) who was “high” or had been using alcohol or drugs?
R	Do you ever use alcohol or drug to <i>relax</i> , feel better about yourself, or fit in?
A	Do you ever use alcohol or drugs while you are by yourself, <i>alone</i> ?
F	Do you ever <i>forget</i> things you did while using alcohol or drugs?
F	Do your <i>family</i> or <i>friends</i> ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use?
T	Have you ever gotten into <i>trouble</i> while you were using alcohol or drugs?

Le test est considéré comme “positif” c’est à dire qu’il existe une consommation à risque si l’adolescent répond par « oui » à 2 items. Dans ce cas précis, le test est significatif à 80 % et spécifique à 86% pour enclencher une prise en charge chez des jeunes consommateurs d’alcool. 97% des adolescents ayant un score bas ne devraient pas avoir besoin d’une prise en charge spécifique (101).

ADOSPA est la version française de CRAFFT, on retrouve l’acronyme correspondant aux items suivants : Auto, Détente (usage autothérapeutique), Oublie (troubles mnésiques sous produit), Seul (consommation solitaire), Problèmes, Amis/ Famille.

A	Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu’un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé ?
D	Utilisez-vous de l’alcool ou d’autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
O	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 ?
S	Consommez-vous de l’alcool et d’autres drogues quand vous êtes seul ?
P	Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l’alcool ou d’autres drogues ?
A	Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d’autres drogues ?

Deux études de validation ont été réalisées avec ADOSPA. La première réalisée dans les cabinets de médecins généralistes, menée sur un échantillon de 847 adolescents scolarisés de moins de 16 ans, montre une sensibilité à 80,7% et une spécificité à 75% pour un seuil à 2 (102).

La plupart des médecins généralistes concernés ont estimé que ce test était simple d'utilisation et qu'ils étaient prêts à l'utiliser dans leur pratique courante.

Une seconde étude (103) réalisée sur un échantillon de 1728 écoliers du secondaire et d'étudiants du supérieur a comparé l'ADOSPA au POSIT (Problem Oriented Screening Instrument for Teens), que nous détaillerons dans le prochain paragraphe. Deux seuils ont été proposés dans cette étude : un score à 2 indiquerait un risque modéré, et un score supérieur ou égal à 3 un risque élevé.

5.2. Questionnaire POSIT

POSIT est l'acronyme de Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (104). Cet outil de 139 items à choix binaire élaboré par le NIDA (National Institute on Drugs Abuse) aux Etats-Unis a été validé pour les adolescents, âgés de 12 à 19 ans en milieu scolaire (annexe 1). Il permet d'identifier les problèmes de santé d'ordre psychologique, physique et social pouvant justifier une évaluation plus approfondie et nécessiter le recours à un traitement. Dans ce sens, il évalue 10 domaines (ou facteurs) classés de A à J : utilisation des substances psychoactives, santé physique, santé mentale, relations interfamiliales, relations avec les proches, situation scolaire, orientation professionnelle, habilités sociales, loisirs et comportements agressifs/délinquance .

Trois niveaux de risques sont définis (faible, modéré, élevé) pour chaque facteur du POSIT. Par exemple, pour le facteur A (abus de substances), les concepteurs indiquent qu'un score de 1 ou plus suggère un risque d'abus faible, et qu'un score supérieur ou égal à 7 signale un risque élevé.

5.3. Questionnaire de consommation de substances psychoactives

Ce questionnaire, utilisé dans les enquêtes épidémiologiques nationales réalisées par l'OFDT (Observatoire Français de Drogues et Toxicomanie) évalue les quantités et la fréquence des usages d'alcool, de cannabis, de tabac, d'ecstasy et de médicaments psychotropes. Il comprend neuf questions concernant l'âge de début de la consommation d'alcool, de tabac, de cannabis, l'usage au cours de 30 derniers jours, au cours des 12 derniers mois, au cours de la vie (pour l'ecstasy et les médicaments psychotropes). Il comporte une question d'autoévaluation de la nocivité des usages.

5.4. Le Score d'Abus d'Alcool chez l'Adolescent (SAAA) ou Adolescent Alcohol Involment Scale (AAIS)

Ce questionnaire créé aux Etats-Unis dans les années 1970 a pour but le repérage de l'abus de l'alcool et de la dépendance. L'AAIS a été validé par Mayer et Filstead en 1979 sur un groupe d'adolescents hospitalisés en psychiatrie pour des raisons indépendantes de leur consommation d'alcool (105). Il comporte 14 questions qui portent sur les habitudes d'utilisation, les conditions d'obtention de l'alcool, l'ancienneté et l'importance de l'alcoolisation, les effets ressentis et l'interprétation personnelle et familiale de la consommation (annexe 2). Le score est établi en fonction de la cotation de chaque item. Il permet de reconnaître quatre groupes : adolescents sans risque liée à l'alcool, adolescents buveurs occasionnels sans problème avec l'alcool, abuseurs et dépendants. Il n'a pas été validé en langue française. Cependant, une traduction dite SAAA ou Score d'Abus d'Alcool chez l'Adolescent a été utilisée par Muszlak et al. (106) pour une étude multicentrique sur l'intoxication alcoolique aiguë aux urgences que nous développerons ultérieurement.

5.5.L'alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

L'AUDIT a été créé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans le cadre de son action coordonnée sur les dommages sanitaires liés à la consommation excessive d'alcool. Un groupe de travail international a construit et validé ce questionnaire afin d'en faire un outil interculturel de repérage de consommateurs d'alcool à risque et d'alcoolodépendants (annexe 3). Il est conçu pour aider les acteurs des soins primaires à repérer et conseiller efficacement les consommateurs excessifs non dépendants (107). Il a été validé dans des échantillons d'adultes entre 18 et 65 ans, et on ne dispose pas d'évaluation menée spécifiquement chez les adolescents ou adultes jeunes.

5.6. Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes (DEP-ADO)

La DEP-ADO est un instrument de repérage de la consommation problématique d'alcool et/ou d'autres drogues, développée au Canada par les chercheurs du groupe Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives-Québec (RISQ) (108).

La DEP-ADO est composée de sept questions, avec 25 sous questions portant entre autre sur la fréquence de consommation des substances psychoactives au cours des 12 derniers mois, les facteurs de gravité (âge de début des consommations, injection de substances, épisodes d'alcoolisation massive), les conséquences négatives sur la vie et la consommation de cigarettes (annexe 4). Le score est obtenu pour chaque item à partir d'une grille de cotation établie en fonction de la gravité potentielle des comportements évalués. Le score maximum est de 74 points. A partir de 14 points, le score indique une problématique en émergence et une intervention souhaitable. Un score supérieur à 20 met en évidence des problèmes plus importants qui nécessitent une intervention qualifiée.

6. Questionnaires d'évaluation

Si une consommation problématique est décelée à l'aide de l'un des questionnaires de repérage précités, il est nécessaire de poursuivre l'évaluation sous la forme d'un entretien approfondi avec l'adolescent. Deux entretiens structurés paraissent le mieux appropriés dans ce cas de figure, il s'agit de l'Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) (109,110) et de l'Indice de Gravité de la Toxicomanie des adolescents (IGT-ADO) (111).

6.1. L'Adolescent Drug Abuse Diagnosis

L'ADAD a été développé aux Etats-Unis à la fin des années 1980 par Friedman et Utada à la suite d'un rapport du National Institut on Drug Abuse (NIDA) qui mettait en évidence la nécessité de disposer d'instruments d'évaluation adaptés aux adolescents abuseurs de substances psychoactives.

Il se compose de 150 questions explorant neuf domaines de la vie de l'adolescent : le domaine médical, le parcours scolaire, la vie active et la formation professionnelle, la vie sociale et les relations entre pairs, les antécédents et les rapports familiaux, l'état psychique, les comportements délinquants, et enfin une consommation de drogues et d'alcool.

A la fin de l'exploration de chacun des neuf domaines, deux questions recueillent l'avis de l'adolescent sur l'importance qu'il attribue aux problèmes rencontrés et au fait d'obtenir une aide au traitement.

Il est bien évidemment nécessaire que la confidentialité soit clairement établie avec l'adolescent pour permettre d'évoquer des sujets sensibles, tels que la consommation de substances illicites ou des actes délictueux.

En Europe, l'ADAD a été traduit et validé, dans le cadre d'une étude menée sur une population d'adolescents consommateurs de substance, âgés de 13 à 19 ans, recrutés dans la partie francophone de la Suisse (110).

6.2. Indice de gravité de la toxicomanie chez les adolescents

Développé à la fin des années 1990, l'IGT comprend neuf échelles qui permettent de mieux cerner les problèmes associés à la consommation de substances psychoactives: alcool/drogue, santé physique, relations familiales, relations interprofessionnelles, scolarisation, travail, loisirs, état psychologique et système judiciaire et social. Trois fenêtres temporelles (30 derniers jours, 12 derniers mois, dans la vie) permettent à la fois d'évaluer les situations récentes et à plus long terme (111).

C'est un outil d'évaluation spécialisé dont l'usage est réservé à des professionnels formés.

E. Prise en charge d'une ivresse aigue alcoolique (IAA) de l'adolescent aux urgences

1. Epidémiologie

L'incidence du motif « IAA chez l'adolescent » aux urgences est imprécise. L'enquête effectuée en 1999 par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris sur l'hospitalisation des adolescents aux urgences (62) retrouvait des chiffres très faibles de 0,2 à 0,4% ,sûrement sous évalués.

Les chiffres de Meropol sont semblent plus réalistes : 5% des 10-20 ans vus aux urgences traumatologiques avaient une alcoolémie positive (112).

Barnett confirme également que le motif « IAA » n'était pas toujours retenu ou évoqué devant l'hospitalisation d'un adolescent pour un motif traumatique (113).

2. Conférence de consensus et recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé) (6)

Une IAA de l'adolescent conduisant à une admission aux urgences ne doit pas être banalisée. En effet, l'adolescent admis pour une IAA est souvent dans une situation d'alcoolisation problématique par ses conséquences possibles immédiates et révèle souvent une perturbation psychosociale importante.

Il existe un accord professionnel pour recommander l'hospitalisation des adolescents admis aux urgences pour IAA au minimum pendant 72 heures, avec l'accord des parents ou du tuteur. Cette hospitalisation est réalisée au mieux dans une structure spécialisée pour l'accueil des adolescents, si elle existe. D'une manière générale, la prise en charge recommandée de ces adolescents est similaire à celle des adolescents ayant fait une tentative de suicide (TS), l'association étant souvent observée (20 à 30 % des cas).

Cette hospitalisation permet une surveillance somatique initiale, une évaluation médico-psychosociale et une prise en charge adaptée. Outre l'examen somatique, une évaluation psychologique et sociale est effectuée, réunissant 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.

Le degré de dépendance à l'alcool reste difficile à apprécier. Il n'existe pas d'échelle de dépendance des adolescents à l'alcool validée en français. La définition et la validation rapides d'une telle échelle sont recommandées.

Par rapport à l'adulte, il existe des particularités dans le suivi ultérieur. Il paraît dangereux d'identifier l'adolescent à un groupe, au risque de fixer la pathologie. L'orientation vers une association d'entraide ne semble pas souhaitable à cet âge. Après l'hospitalisation, l'adolescent est orienté préférentiellement vers une prise en charge ambulatoire du type de celles qui sont effectuées en cas de TS. Des consultations de suite sont organisées au centre médico-psychologique pour adolescents. Il est essentiel à cet âge de présenter ce lieu de suite au cours de l'hospitalisation.

3. Les enquêtes sur l'IAA aux urgences

Comme nous l'avons déjà cité, Muszlak et al. ont réalisé une enquête prospective sur un an afin de préciser les caractéristiques et la prise en charge des adolescents se présentant aux urgences pour une IAA (106).

Au total, 63 adolescents (34 garçons et 29 filles) dont l'âge moyen était de 14,9 ans, avec alcoolémie positive, admis pour IAA étaient inclus. L'enquête était en partie composée du questionnaire SAAA (Score d'abus de l'alcool et de dépendance chez l'adolescent). Les résultats sont les suivants : 36 % des adolescents (IC 95% ; [24-48]) présentaient des scores qui les classaient dans la catégorie des abuseurs et 4% (IC 95% ; [0-9]) dans celle des dépendants. Les commentaires des auteurs de cette étude soulignent que chez les adolescents, la dépendance vraie est beaucoup plus rare que le mésusage ou l'abus d'alcool.

L'étude de Kozer et al. (114) s'intéresse au dosage de l'alcoolémie et au dépistage des drogues dans les urines chez les adolescents admis au service des urgences et présentant des signes suspects tels que : trouble de la conscience, syndrome confusionnel, troubles psychiatriques d'apparition aiguë et non connus dans les antécédents (psychose, dépression, attaque de panique), tentative de suicide ou antécédents de toxicomanie. 40 % des dosages sont revenus positifs. Parmi les patients ayant un dépistage positif, 30 % présentaient des troubles de la conscience. Il existe une différence significative avec « le groupe sans toxique » (Odds ratio à 6,16). Un dépistage systématique de drogue s'avère donc justifié pour tout adolescent admis au service des urgences avec un score de Glasgow diminué.

Etude clinique

A. Description de l'étude

Devant l'impression d'une augmentation de l'incidence des ivresses aiguës chez les adolescents, nous avons souhaité mieux définir les caractéristiques de cette population et faire le point sur leur prise en charge aux urgences de Nancy.

1. Objectif de l'étude

Le but de l'étude est de décrire les caractéristiques et la prise en charge des adolescents admis au service des urgences pour ivresse aiguë.

2. Matériel et Méthode

2.1. Population étudiée

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Age : de 10 ans à la veille des 18 ans
- Motif de consultation : l'ivresse aiguë

La tranche d'âge a été définie en fonction du début de l'âge moyen de la puberté.

L'ivresse aiguë est caractérisée par les troubles du comportement engendrés par l'ingestion d'une boisson alcoolisée.

L'étude est réalisée sur une période de sept mois du 1 Janvier 2008 au 31 Juillet 2008 dans deux services d'urgences : Structure d'Urgences Pédiatriques (SUP) à l'Hôpital d'Enfants de Nancy Brabois et Service d'Accueil des Urgences (SAU) à l'Hôpital Central, Nancy.

L'enquête a dû être effectuée dans ces deux services d'urgences à cause de l'orientation des adolescents en fonction de l'âge. En effet, les adolescents de plus de 15 ans et 3 mois sont majoritairement adressés vers les urgences adultes.

2.2. Documents d'enquête

L'enquête est composée de deux questionnaires. Le premier questionnaire (annexe 5) comportant quatre items explore la prise en charge de l'ivresse aiguë de l'adolescent aux urgences. Les trois items sont les suivants : admission aux urgences, prise en charge aux urgences et hospitalisation.

Le deuxième questionnaire (annexe 6) étudie les caractéristiques des adolescents admis aux urgences pour ivresse aiguë afin d'essayer d'établir des facteurs de risques de la consommation d'alcool. Quatre domaines sont explorés: le terrain, le parcours scolaire, le contexte d'alcoolisation et le devenir.

Les adolescents ont été identifiés de deux façons différentes selon le service des urgences.

A l'Hôpital d'Enfants, nous avons utilisé le registre des mouvements aux urgences rempli manuellement par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) pour rechercher les adolescents admis pour ivresse aiguë. Ce registre permet d'identifier les enfants ou adolescents sollicitant un avis médical, les horaires d'arrivée et de départ aux urgences, le mode de transport et le motif de consultation. Les dossiers archivés des urgences pédiatriques ont ensuite été analysés.

En cas d'une hospitalisation, nous avons étudiés les dossiers complémentaires, afin de préciser les antécédents, le terrain, la prise en charge et un éventuel suivi par un psychiatre.

Concernant l'identification des adolescents aux urgences adultes, elle a été effectuée grâce au logiciel Resurgences. Nous avons recherché tous les adolescents âgés de moins de 18 ans et admis pour le motif suivant : « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë » ou « Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool ».

Les données du premier questionnaire concernant la prise en charge de l'ivresse aux urgences, ont été recueillies grâce aux informations contenues dans le dossier des urgences. Quant au deuxième questionnaire, nous avons contacté les familles par téléphone ou par courrier pour répondre aux items. La deuxième étape de l'enquête a été faite environ trois mois après le passage de l'adolescent aux urgences.

2.3. Analyse des données

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

L'analyse statistique a été réalisée par le Dr. Clotilde LATARCHE, praticien hospitalier au service d'Epidémiologie du CHU de Nancy. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS, version 9.1.

L'analyse statistique a comporté une description des caractéristiques des adolescents admis au service des urgences pour ivresse aiguë et de la prise en charge dans le service. Pour cette partie descriptive, les variables quantitatives ont été exprimées par leur moyenne et leur écart-type, leur valeur minimale et maximale, les variables qualitatives ont été exprimées par leur effectif et leur fréquence.

Les caractéristiques socio-démographiques des adolescents et les caractéristiques de la prise en charge ont été comparées selon le service de prise en charge (pédiatrique versus adulte). Ces groupes ont été comparés par un test t de Student pour les variables quantitatives, et pour les variables qualitatives par un Test du Chi-Deux (ou test exact de Fisher selon les effectifs théoriques).

Le seuil de signification p retenu était de 5 %.

B. Résultats

1. Caractéristiques générales de la population

Au total, nous avons recensé 58 dossiers d'adolescents admis aux urgences pour ivresse aiguë. 21 dossiers proviennent des urgences pédiatriques et 37 des urgences adultes.

L'âge moyen de la population est de 15 ans et 7 mois, identique chez les garçons et chez les filles ($p=0,87$). Concernant la répartition par sexe, les garçons sont largement majoritaires puisqu'ils représentent 70,7 % de l'effectif (contre 29,3 % les filles).

Les graphiques suivant représentent d'une part la répartition du sexe selon âge et d'autre part l'orientation des adolescents en fonction de l'âge.

Tableau 10

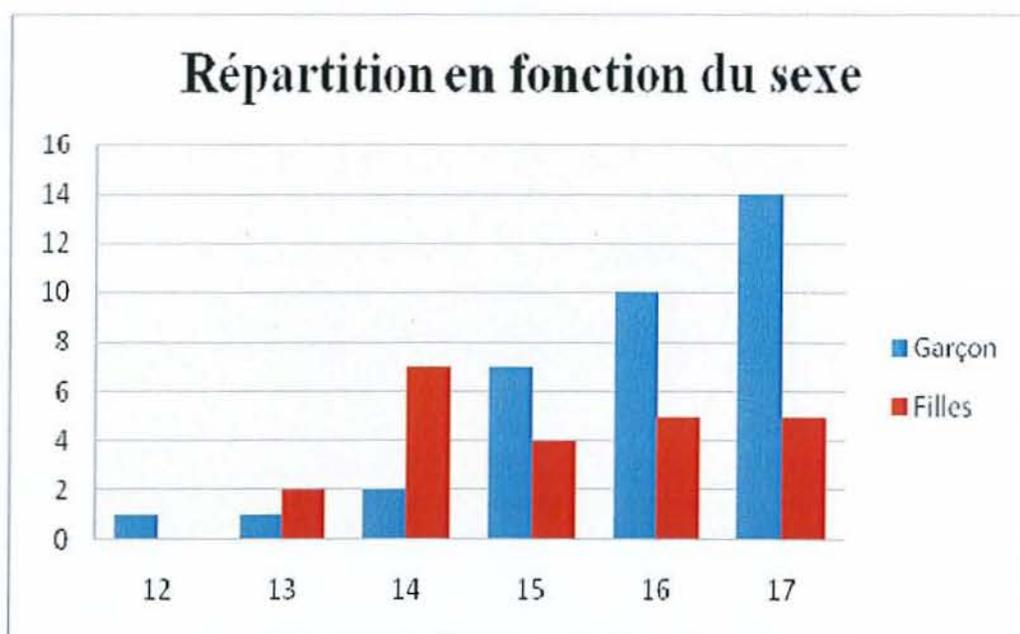
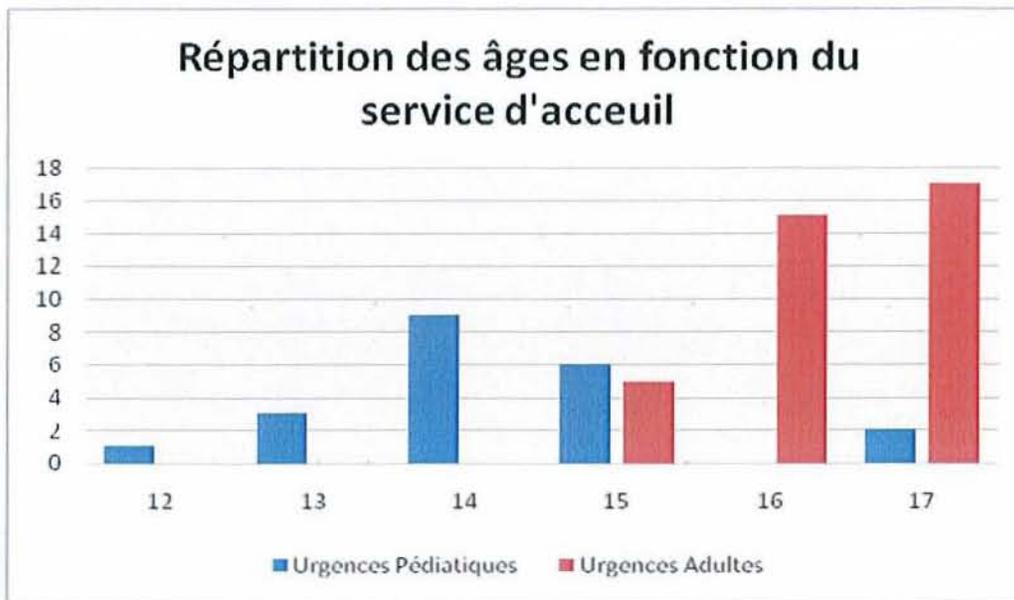


Tableau 11

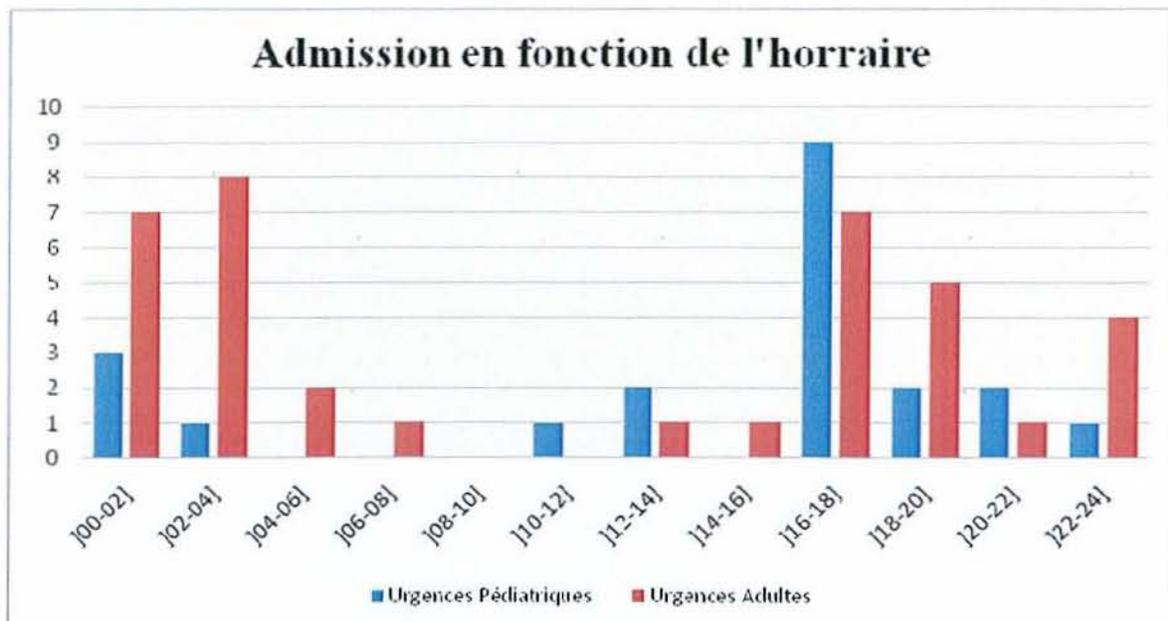


2. Admissions aux urgences

2.1. Date et horaire d'entrée

La répartition des arrivées en fonction de l'horaire dans les deux services est représentée par le graphique suivant.

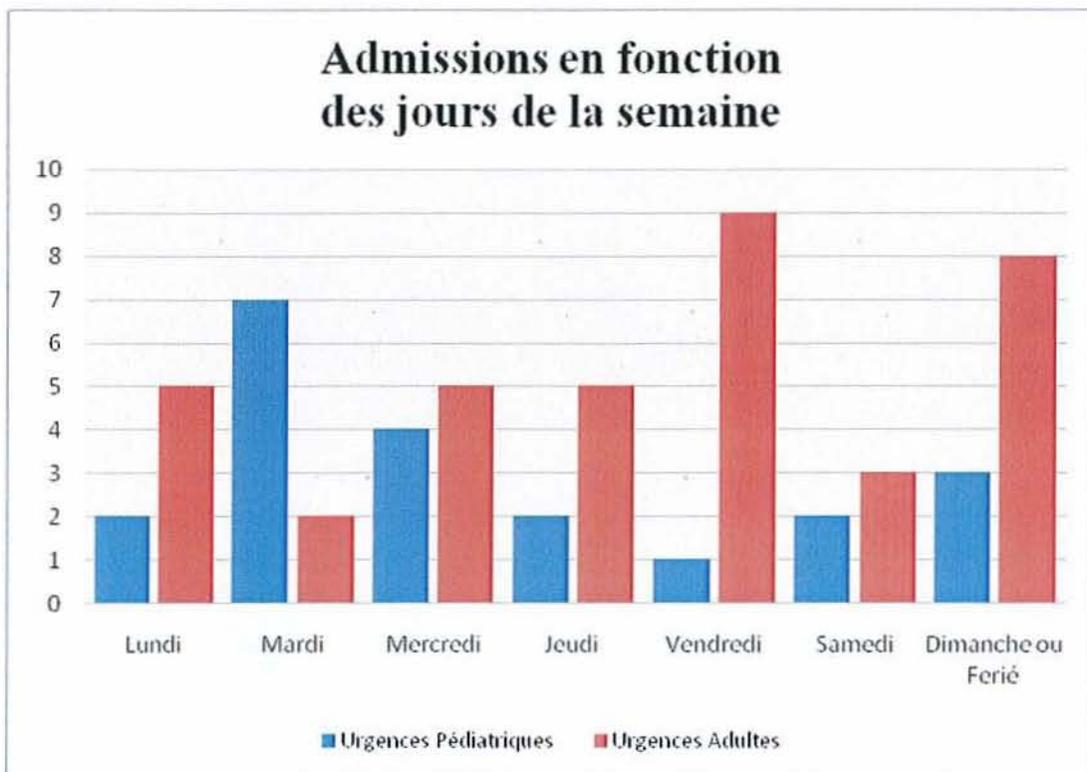
Tableau 12



Aux urgences pédiatriques, la majorité des adolescents (11 soit 52%) sont admis en fin d'après midi et en début de soirée (entre 16h et 20h). Alors que, les admissions aux urgences adultes sont surtout nocturnes : 57% des adolescents sont accueillis entre 22h et 6h.

La graphique suivant répartit les admissions en fonction du jour de la semaine.

Tableau 13



Comme pour les horaires, nous avons regroupé les données en 2 catégories : semaine (du lundi au vendredi) et week-end (samedi, dimanche ou férié).

Aucun lien n'a été retrouvé entre le jour de la semaine et l'orientation vers un service pédiatrique ou adulte ($p = 0,06$).

Par contre, les admissions diurnes se font majoritairement les jours de la semaine, alors que pendant les week-ends les adolescents sont adressés surtout la nuit ($p = 0,001$)

2.2. Personne accompagnante

Aux urgences pédiatriques, 47% des adolescents sont venus accompagnés de leurs parents. Ce taux est beaucoup plus faible aux urgences adultes, puisque uniquement 18% des admissions se font avec la présence des parents.

Concernant le moyen d'arrivée, 57% des adolescents admis aux urgences pédiatriques sont venus avec les pompiers. Pour les urgences adultes, le taux est de 70%.

Enfin, 13,5% des adolescents sont amenés par la police aux urgences adultes ; alors qu'aucun adolescent n'est accompagné par la police aux urgences pédiatriques.

3. Prise en charge aux urgences

3.1. Structure des Urgences Pédiatriques (UP) : 21 dossiers exploités

3.1.1. Taux d'alcoolémie

L'alcoolémie moyenne était de 1,9 g/L [1,2-2,6]. Il existe deux dossiers (9,5%) sans renseignement du taux d'alcoolémie. Ces deux dossiers concernent des adolescents transférés des hôpitaux périphériques. Les distributions des alcoolémies sont détaillées dans le tableau ci-dessous. Seulement un adolescent a une alcoolémie inférieure à 1g/L (soit 4,7%), par contre 14,3 % ont une alcoolémie supérieure à 2,5g/L.

Tableau 14

Taux d'alcoolémie en g/L	Effectif
Inférieure à 0,5	0
[0,5-1[1
[1-1,5]	5
[1,5-2]	5
[2-2,5]	5
Au-delà de 2,5	3

3.1.2. Prise de constantes

Concernant la température à l'arrivée, un adolescent était en hypothermie légère à 34,5°C. Cependant, douze dossiers (soit 57%) ne possèdent pas de renseignement concernant la température à l'admission.

Le taux de glycémie était rempli dans 76% des dossiers. Aucun adolescent n'a présenté des troubles métaboliques type hypoglycémie.

3.1.3. Examen clinique

La majeure partie des adolescents avaient un score de Glasgow à 14-15. Le score n'a pas été précisé dans 8 dossiers (34,8%), cependant la description de l'examen neurologique est satisfaisante pour une évaluation de l'état de conscience. Un adolescent avait un score égal à 7, soit en théorie une indication à une intubation. L'évolution clinique a été favorable malgré l'absence d'intubation.

En cas de présence de trouble de la conscience, il s'agissait dans la majorité des cas de somnolence.

3.1.4. Examens complémentaires et orientation

Une recherche de toxiques urinaires ou sanguins a été effectuée chez 17 adolescents (79%). Parmi eux, deux analyses ont été positives au cannabis. Nous n'avons jamais retrouvé de benzodiazépines dans les urines.

Seulement deux adolescents n'ont pas été hospitalisés suite au passage aux urgences. Parmi les adolescents hospitalisés, un seul a été admis dans un service de psychiatrie, les autres ont été orientés vers la pédiatrie pour surveillance clinique.

Enfin, tous les adolescents ont bénéficié d'une consultation pédopsychiatrique.

3.2. Service des Urgences Adultes (UA) : 37 dossiers exploités

3.2.1. Taux d'alcoolémie

Les données montrent des taux d'alcoolémie bas : 40,7% des adolescents ont un taux d'alcoolémie inférieur à 1g/L. La moyenne des alcoolémies est de 1,2 g/L[0,5-1,9].

Les adolescents admis aux urgences adultes ont un taux d'alcoolémie significativement plus bas que ceux admis aux urgences pédiatriques ($p \leq 0,001$)

3.2.2. *Prise de constantes*

Parmi les données recueillies, aucun adolescent ne s'est présenté aux urgences en hypothermie ni en hypoglycémie. Cependant la température n'a pas été renseignée dans 18 dossiers soit 48 % et la glycémie manquait dans 8 dossiers soit 22 %.

3.2.3. *Examen clinique*

Les résultats sont similaires à ceux de l'Hôpital d'Enfants ($p=0,99$) : 77% des adolescents ont un Glasgow entre 14 et 15. Nous avons relevé un coma (Glasgow à 3). Cet adolescent n'a pas été intubé. L'évolution clinique a été favorable, malgré l'absence de l'intubation.

15 dossiers (soit 41%) ne comportaient pas de score de Glasgow. Parmi eux, seulement deux dossiers avaient un examen neurologique succinct, qui ne permettait pas de calculer le Glasgow.

3.2.4. *Examens complémentaires et orientation*

La recherche des toxiques a été réalisée seulement chez un adolescent. Aucun adolescent n'a été hospitalisé et seulement deux ont bénéficié d'un entretien avec l'équipe psychiatrique des urgences.

4. Caractéristiques des adolescents

Les résultats de cette partie de l'enquête ont été obtenus à partir du deuxième questionnaire. Nous avons réussi à contacter 44 familles (75,8%) par téléphone: 21 sont passées aux urgences pédiatriques (soit 100% des dossiers) et 23 aux urgences adultes (soit 62 % des dossiers). Parmi les 44 familles, deux familles n'ont pas souhaité répondre par téléphone, mais ont préféré un questionnaire écrit adressé à leur domicile.

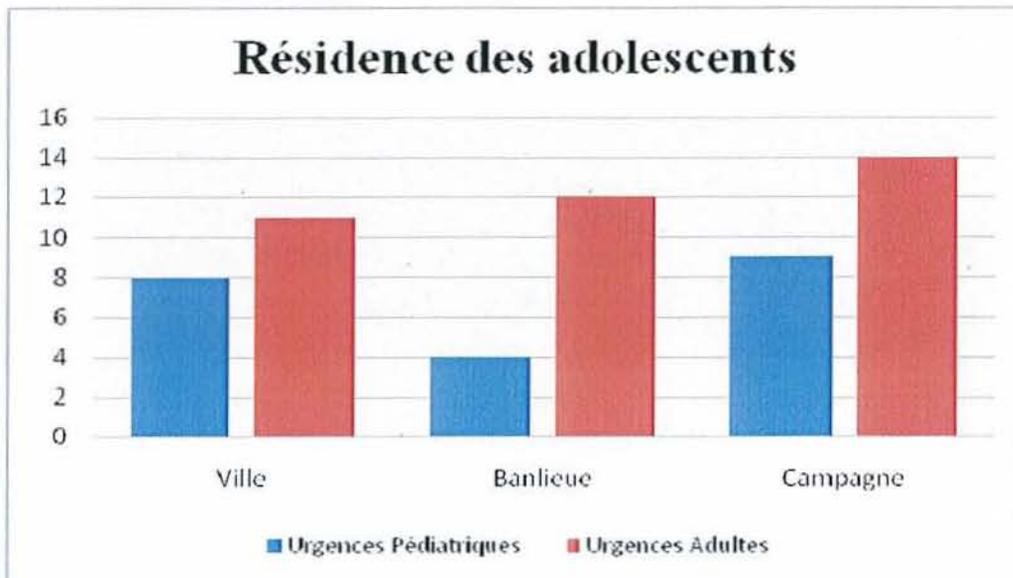
4.1. Terrain

4.1.1. Lieu de résidence

Nous avons établi deux items: la localisation géographique de la résidence principale et la description du lieu de vie.

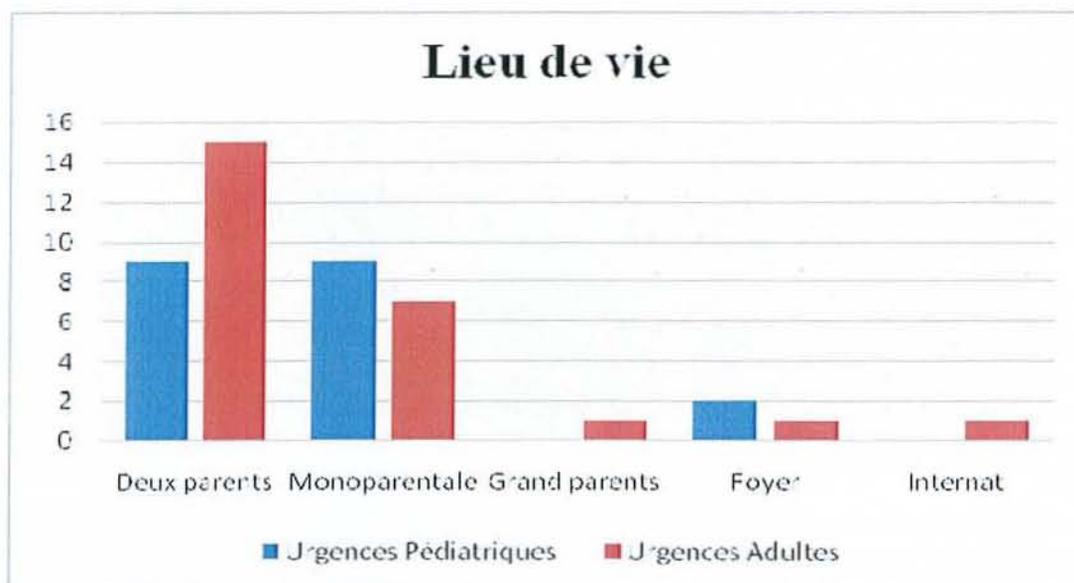
Concernant la localisation du domicile, 40 % habitent à la campagne, 60 % en ville (27,6% en banlieue et 32,4% en ville « intra-muros ») (Tableau 15).

Tableau 15



Quant au lieu de vie (Tableau 16), la majorité des adolescents habitent en présence des deux parents.

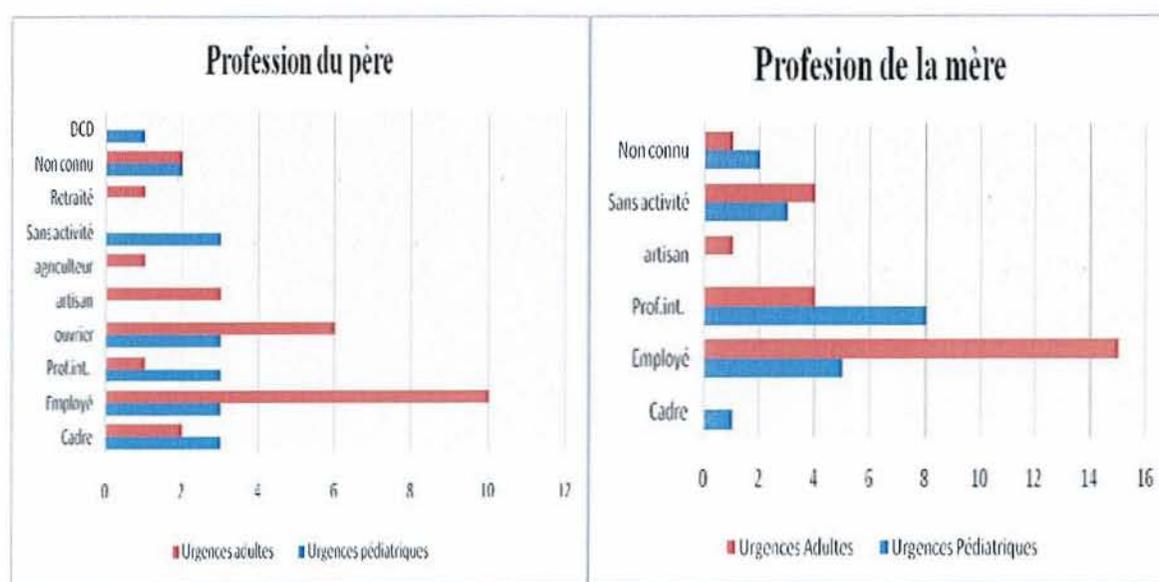
Tableau 16



Les adolescents admis aux urgences pédiatriques ne diffèrent pas par leur lieu de vie et ont la même localisation de la résidence principale que les adolescents des urgences adultes ($p=0,49$ et $p=0,48$).

4.1.2. Profession des parents

Tableau 17



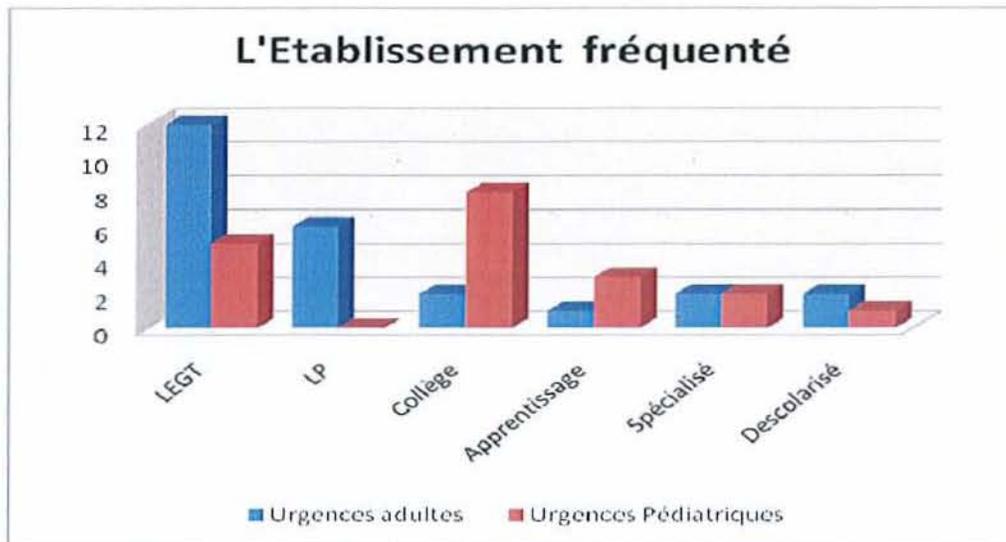
Afin de regrouper les résultats, nous avons utilisé la grille INSEE des catégories socio-professionnelles.

Les employés représentent respectivement 30% des activités chez le père et 49% chez les mères.

4.2. Le parcours scolaire

4.2.1. Type d'établissement fréquenté

Tableau 18



L'établissement fréquenté est concordant avec l'âge de l'adolescent. Ainsi, la majorité des adolescents des urgences adultes fréquentent un lycée alors que les plus jeunes admis aux urgences pédiatriques sont au collège ($p = 0,03$).

4.2.2. Redoublement

Aux urgences adultes, 44% des adolescents ont déjà redoublé. La fréquence des redoublements est similaire aux urgences pédiatriques (42%). Le redoublement n'influence pas l'admission aux urgences pédiatriques ou adultes ($p = 0,9$).

5. Modalités de consommation

5.1. Type de boissons et mode de consommation

Compte tenu de la multiplicité des réponses, nous avons définis deux groupes : « monoconsommation » et « polyconsommation ».

Parmi les réponses obtenues, 71% des adolescents n'ont consommé qu'un seul type de boisson : les alcools forts, la bière ou les liqueurs. Les boissons les plus consommées sont les alcools forts (vodka, whisky et rhum). Aucun adolescent n'a consommé de vin.

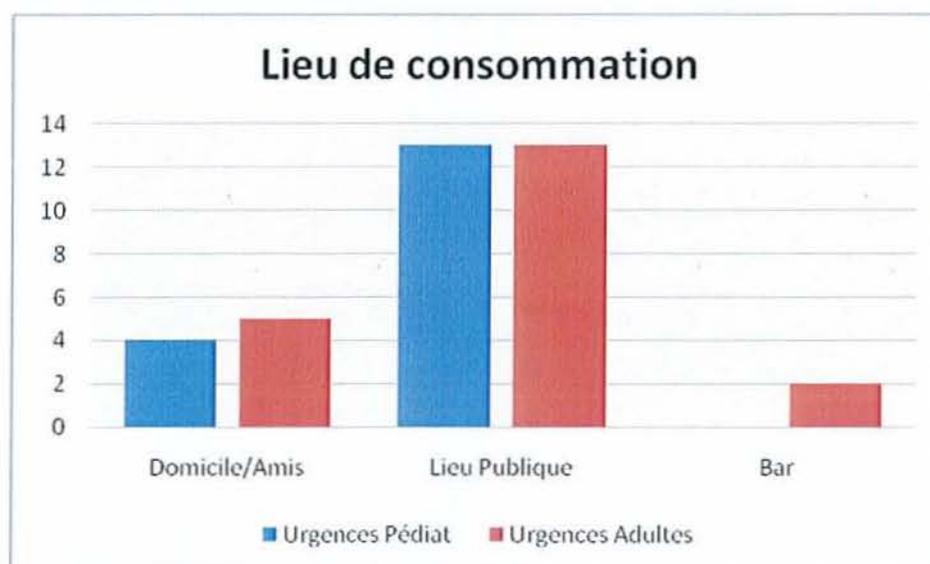
La majorité des adolescents (95%) consomment en groupe c'est-à-dire avec leur pairs.

5.2. Lieu de consommation

Comme pour le type de boissons, les réponses ont été classées en trois catégories : lieu publique, amis/domicile, bar.

Les résultats sont représentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 19



5.3. Récidive

Quatre adolescents ont présenté un nouvel épisode d'alcoolisation : un aux urgences pédiatriques, trois aux urgences adultes. Il n'existe pas de différence significative concernant le taux de récurrence en fonction du service d'accueil ($p = 0,53$)

Ces récurrences n'ont pas nécessité de prise en charge dans un service d'urgence.

C. Discussion

1. Structure de l'étude et recueil des données

Le nombre d'intoxications alcooliques est relativement faible : 58 admissions en 7 mois. Nous pouvons donc penser qu'il s'agit d'un motif relativement rare de recours aux services des urgences, alors que 36% des adolescents disent avoir été ivres dans l'année, dont 4% au moins dix fois dans l'année (2).

La plupart de ces adolescents n'ont donc probablement pas recours à une prise en charge hospitalière.

De plus, nous avons inclus uniquement les adolescents admis pour ivresse aiguë. Les effectifs auraient sans doute été plus élevés si le dépistage d'alcoolémie avait été pratiqué sur des prélèvements faits pour d'autres motifs (tels que accident de la voie publique et tentative de suicide entre autres (112)).

Concernant le recueil des données, nous avons remarqué des disparités selon le service des urgences. En effet, le recueil de données était plus difficile au service des urgences adultes. Même si l'informatisation des dossiers permet un recensement plus rapide des adolescents, les dossiers sont très souvent mal complétés et les coordonnées des patients sont incomplètes ou fausses (manque de numéro de téléphone, ou téléphone indiqué inexistant). Ce qui explique un taux beaucoup plus élevé d'absence de données concernant les adolescents admis au service des urgences adultes.

2. L'alcoolisation

Le taux d'alcoolisation moyen est élevé à 1,5 g/L (soit environ 6 verres d'alcool), ce qui correspond à une alcoolisation importante liée à une consommation d'alcools forts.

Nous avons mis en évidence une différence significative entre les alcoolémies des adolescents admis aux urgences pédiatriques et adultes ($p = 0,005$). Les jeunes de 12-15 ans semblent donc être des plus gros buveurs que leurs aînés. Or ce résultat est biaisé, car le taux d'alcoolémie n'est pas mesuré de la même façon dans les deux centres.

En effet aux urgences pédiatriques, les alcoolémies sont mesurées dans le sang dès la prise en charge du patient.

Alors que chez les adultes, on utilise préférentiellement un éthylomètre qui mesure l'alcoolémie dans l'air expiré. Cette mesure n'est souvent pas faite à l'arrivée du patient, car compte tenu de son taux d'alcoolémie il est incapable d'expirer suffisamment d'air pour la mesure.

La mesure est donc faite à distance de la prise en charge initiale, ce qui explique des taux d'alcoolémie plus bas.

3. Répartition par âge et par sexe

La répartition par âge est concordante avec le service d'orientation. La moyenne d'âge aux urgences pédiatriques est de 14 ans et 4 mois alors que chez les adultes, elle est de 16 ans et 4 mois.

Les adolescents sont souvent orientés vers le service des adultes à partir de 15 ans et 3 mois comme pour d'autres pathologies.

Nous avons cependant pu relever un adolescent de 17 ans aux urgences pédiatriques. Cet adolescent avait des antécédents de comportements à risques et d'alcoolisation massive. Il était initialement pris en charge au service des urgences de Pont à Mousson, puis réorienté vers l'Hôpital d'Enfants pour une prise en charge pédopsychiatrique.

Nous avons aussi étudié les caractères spécifiques concernant le sexe. L'âge moyen des filles est le même que chez les garçons ($p = 0,87$) et il n'existe pas de différence significative du taux d'alcoolémie ($p = 0,12$).

Le sex ratio est de 2,79 ; l'ivresse aiguë apparaît ainsi comme une conduite masculine. L'enquête nationale ESCAPAD réalisée en 2005, a aussi mis en évidence une prédominance masculine, cependant le sex ratio était de 1,3 pour les ivresses au cours de la vie et de 1,4 pour les ivresses au cours de l'année en cours (2).

Par ailleurs, la répartition garçon-fille ne diffère pas selon le service d'urgences pédiatriques ou adultes ($p = 0,26$).

4. Admission aux urgences

4.1. Date d'admission

Nous avons constaté deux liens concernant l'horaire et le jour de la semaine.

Nous avons classé les résultats en deux groupes. Le premier réunit les adolescents venus aux urgences pendant la journée (entre 8h et 20h), le deuxième est composé d'adolescents admis pendant la nuit (20h – 8h).

Les adolescents sont majoritairement orientés vers le service d'urgences pédiatriques la journée (de 8h à 20 h) ($p = 0,03$), de plus ces admissions se font préférentiellement les jours de la semaine ($p = 0,001$). Donc les adolescents « jeunes » de 12 à 15 ans, ont tendance à consommer de l'alcool pendant les heures de cours.

Ce résultat est appuyé par l'étude du lieu de consommation, car les alcoolisations entre 8h et 20 h, se déroulent majoritairement dans un lieu public (école ou rue) ($p=0,02$).

A l'opposé, les adolescents plus âgés, consomment habituellement chez des amis ou dans des bars pendant les soirées.

Nous pouvons donc différencier deux types d'alcoolisation en fonction de l'âge.

4.2. Moyen d'arrivée

Nous avons voulu surtout étudier la présence et l'accompagnement des parents lors de l'admission aux urgences. Cette recherche est peu concluante, car mis à part les mineurs accompagnés par la police pour ivresse publique manifeste, tous les parents ont été informés de la présence de leur enfant aux urgences, à cause de la signature obligatoire de l'autorisation des soins. Les dossiers médicaux ne précisent pas si les parents étaient présents à l'admission ou s'ils sont arrivés aux urgences plus tardivement suite à l'appel téléphonique du service des urgences.

Ceci dit la majorité des adolescents (65,4%) étaient accompagnés des pompiers qui ont été engagés dans l'intervention via l'appel du 15 ou 18. Nous pouvons donc suggérer que le comportement de l'adolescent suite à l'ivresse a entraîné une panique de l'entourage ce qui a motivé l'appel des secours.

5. Prise en charge aux urgences

5.1. Prise de paramètres

Nous avons étudié deux paramètres importants dans une intoxication éthylique: la glycémie et la température.

Concernant la glycémie, 22,4% des dossiers ne comportent pas cette donnée (23,8% aux urgences pédiatriques et 21,6% aux urgences adultes).

Parallèlement à la recherche d'une éventuelle hypoglycémie, nous avons étudié la recherche systématique d'une hypothermie. Malheureusement, les résultats ne sont pas très encourageants puisque 57 % des dossiers des urgences pédiatriques et 48% des urgences adultes ne possèdent pas de renseignement concernant cette constante.

En outre, les adolescents admis aux urgences pédiatriques ont des températures plus basses que ceux des urgences adultes (35,7 vs 36,3; $p = 0,02$). On peut alors se demander si les adolescents « jeunes » se présentent dans un état plus critique que les adolescents plus âgés, ou s'il s'agit simplement d'une différence de matériel utilisé (thermomètre buccal aux urgences pédiatriques, thermomètre auriculaire aux urgences adultes).

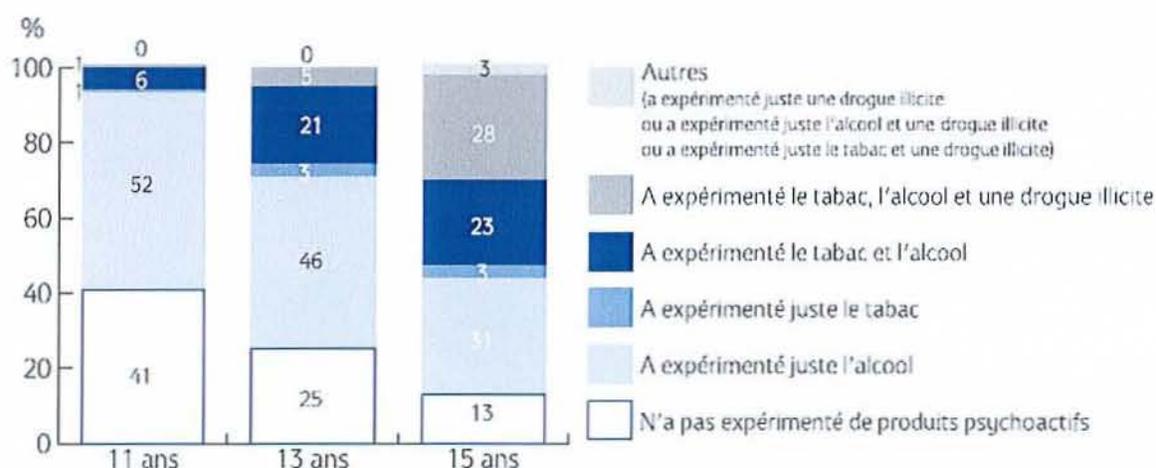
5.2. Recherche de toxiques associés

La recherche de toxiques urinaires associés est quasiment systématique à l'hôpital d'enfants (79%), alors qu'aux urgences adultes elle a été réalisée uniquement chez un seul adolescent (2,7%). A ce sujet, aucune recommandation n'a pu être trouvée.

Parmi les adolescents ayant eu une recherche urinaire, seulement deux tests sont revenus positifs (soit 11%). Ces résultats sont plus rassurants que ceux de l'enquête ESPAD, décrite par M. Choquet (65), qui montre qu'à l'âge de 15 ans 28% des adolescents ont déjà expérimenté le tabac, l'alcool et une drogue illicite.

Le tableau suivant représente la poly-expérimentation des produits psychoactifs selon l'âge d'après l'enquête ESPAD.

Tableau 20



Source ESPAD

6. Orientation

Nous pouvons noter une nette différence dans l'orientation des adolescents en fonction du service d'urgence. En effet, quasiment tous les adolescents (19 adolescents soit 90%) admis aux urgences pédiatriques sont hospitalisés pour une durée de 24 à 48 heures.

Seulement deux adolescents n'ont pas été hospitalisés. Dans le premier cas, il s'agissait d'un transfert du centre hospitalier de Toul pour une intoxication éthylique de la vieille qui a bénéficié d'une consultation pédopsychiatrique aux urgences. La patiente était hospitalisée à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) de Toul pendant 24h avant son transfert vers l'Hôpital d'enfants. Concernant, le deuxième dossier, aucune explication n'a pu être retrouvée sur l'absence d'hospitalisation.

Contrairement à l'Hôpital d'enfants, aucun adolescent n'a été hospitalisé aux urgences adultes. Les adolescents sont gardés en observation le temps de dégrisement et repartent à domicile dès que le taux d'alcoolémie calculé ou mesuré dans l'air expiré est inférieur à 0,5g/L.

Selon les recommandations de l'HAS (6), les adolescents admis aux urgences pour ivresse aiguë nécessitent une hospitalisation. Comme nous l'avons déjà évoqué, une évaluation médico-sociale est réalisée pendant cette hospitalisation.

L'organisation des urgences adultes ne permet pas une hospitalisation systématique pour une ivresse aiguë. Les adolescents sont surveillés sur le plan neurologique jusqu'au dégrisement. Une évaluation de sortie est effectuée par le médecin qui décide si l'adolescent nécessite un entretien avec l'équipe psychiatrique. Dans notre étude, deux patients ont bénéficié d'une consultation psychiatrique aux urgences, les autres ont reçu les coordonnées du Centre Médico Psychologique (CMP). Seulement deux adolescents ont été revus par une équipe médico-psychologique. Ces adolescents étaient déjà suivis par un CMP.

On peut alors se demander si les urgences adultes sont des structures adaptées pour les intoxications éthyliques des adolescents. En effet comme nous l'avons déjà évoqué, l'adolescence est une période charnière qui s'étend de 10 à 19 ans (selon l'OMS). Sur le plan médical, l'adolescent est pris en charge par les pédiatres jusqu'à 18 ans.

Concernant les pédopsychiatres, les jeunes de moins de 15 ans sont des préadolescents.

L'orientation vers les urgences pédiatriques est elle plus appropriée?

Cette attitude a déjà été adoptée chez nos voisins européens et d'outre atlantique, puisque la limite de la pédiatrie est fixée à 18 ans chez les Suédois et 21 ans chez les Américains (115).

7. Caractéristiques socio-environnementales des adolescents

7.1. Lieu de résidence et domicile

La majorité des adolescents soit 60 % habitent en ville ou en banlieue. Ce résultat peut avoir plusieurs hypothèses d'interprétation.

La première consiste à présumer que les adolescents citadins fréquentent d'avantage les urgences, car les conditions d'accès sont plus faciles. Or, nous avons déjà évoqué que la plupart des adolescents arrivent aux urgences accompagnés des pompiers, donc via un appel téléphonique vers le 15 ou 18. Cette hypothèse semble donc être peu probable.

D'autre part, nous pouvons supposer qu'il existe une plus grande banalisation des ivresses dans le milieu rural ou que la majorité des ivresses se déroulent à l'insu des parents.

Enfin, ces résultats peuvent aussi s'expliquer par la géographie de Nancy, qui est une grande agglomération urbaine. Les résultats seraient sûrement différents dans un Centre Hospitalier local drainant essentiellement une population rurale.

Concernant le domicile, contrairement aux idées reçues, les adolescents proviennent essentiellement d'une famille biparentale (53,3%). Cependant, nous avons 14 réponses manquantes; ce qui compte tenu de l'effectif total peut modifier les données.

7.2. Situation socioprofessionnelle des parents

La catégorie socioprofessionnelle la plus souvent représentée tant chez les pères que chez les mères est la catégorie « employé », respectivement 30% et 49%. Cette donnée n'apporte aucun renseignement pertinent et est concordante avec les enquêtes de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) concernant la répartition des catégories socioprofessionnelles dans la population active (116).

7.3. Mode de consommation

Comme nous l'avons déjà évoqué, nous avons identifié deux types de consommation :

Les adolescents « jeunes » de 12 à 15 ans consomment préférentiellement la journée avec un pic vers 17 h ce qui correspond à la fin des cours dans les établissements scolaires. Cette consommation se déroule principalement dans un lieu public.

Par contre, les adolescents plus âgés ont une consommation plutôt nocturne, qui a lieu dans les bars ou chez des amis.

Ces constats mettent en évidence la défaillance de la législation concernant la vente d'alcool à des mineurs dans les bars et les commerces.

Concernant les boissons consommées, les deux groupes ont surtout une « mono consommation » avec une prédominance d'alcool fort dans les deux groupes. Ces résultats diffèrent de ceux l'enquête ESCAPAD qui retrouve que le type de boisson consommée diffère selon l'âge. Entre 11 et 13 ans, se sont surtout le vin, la bière et le cidre qui prédominent alors que les spiritueux restent en retrait. A 15 ans les écarts se réduisent considérablement, mais les spiritueux persistent en retrait (2).

Parmi les réponses obtenues, 95 % des adolescents ont consommé en groupe avec leurs pairs. Ceci est plutôt « rassurant », car une consommation solitaire marque l'existence d'un mal-être et d'une consommation à risque voire pathologique.

Enfin, quatre adolescents ont présenté une récurrence d'intoxication alcoolique. Ce résultat optimiste est très discutable et peu fiable, car la majorité des alcoolisations des adolescents se font à l'insu des parents.

8. Données de la littérature

8.1. Etudes réalisées aux urgences

L'étude française multicentrique de Musztrak et Picherot menée aux urgences pédiatriques et adultes, regroupe les adolescents de 12 à 18 ans admis aux urgences pour une ivresse aiguë. (106)

Il s'agit d'une étude multicentrique, réalisée sur une période de 1 an (avril 2001-avril 2002). Elle se différencie de notre étude sur plusieurs points.

Tout d'abord, la population étudiée est beaucoup plus urbaine et la proportion des familles monoparentales est plus élevée. Ces résultats sont tout à fait en concordance avec les données géographiques et sociales, puisque l'étude est menée principalement dans la région parisienne ou dans une grande agglomération (5 centres sur 6 sont soit en région parisiennes ou dans une ville de plus de 200 000 habitants). De plus, nous pouvons supposer que le taux de divorce est plus élevé dans la région parisienne qu'en province.

D'autre part, nous pouvons noter une plus grande proportion des adolescents ayant une consommation solitaire (27%), ce qui marque un l'existence d'un « mal être » des adolescents.

Concernant les boissons consommées, les spiritueux et alcools forts prédominent ; cependant on peut noter que les adolescents consomment également du vin. Cette consommation est absente dans nos résultats.

La différence principale est dans le taux d'hospitalisation puisque quasiment tous les adolescents sont hospitalisés (97%). Les résultats nancéiens sont loin derrière ces chiffres, mais il ne faut pas oublier la différence des taux d'hospitalisation entre les urgences pédiatriques et adultes.

Enfin, l'équipe de Musztrak a proposé la réalisation d'un Score d'Abus d'Alcool de dépendance chez l'Adolescent (SAAA). Comme nous l'avons déjà évoqué, peu d'adolescents avaient un score d'abus d'alcool correspondant à la dépendance, mais un tiers présente une consommation abusive.

L'intérêt du SAAA paraît donc limité, car la dépendance est rare à cet âge.

Des études réalisées dans d'autres pays ont mis en évidence des défaillances de prise en charge. L'étude australienne de Woolfenden et al. (117) a recensé plus de 200 adolescents pendant une période de 4 ans. Parmi eux, seulement 6% ont bénéficié d'un entretien avec un psychiatre et 15% ont été hospitalisés. Plus de 60% de dossiers ne possédaient pas de renseignements concernant les problèmes socio-environnementaux de l'adolescent. Les auteurs préconisent donc la rédaction d'un guide de recommandation concernant la prise en charge de l'ivresse aiguë de l'adolescent pour repérer les adolescents à risque.

8.2. Facteurs prédictifs de la consommation d'alcool à l'adolescence

Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs socio-environnementaux susceptibles d'influencer le comportement des adolescents vis-à-vis de l'alcool. Ces études ont été réalisées auprès des adolescents de la population générale, l'effectif de ces enquêtes était donc beaucoup plus élevé que celui des études réalisées dans les services hospitaliers.

Les principaux facteurs étudiés étaient la consommation parentale et le niveau socio-économique.

L'étude finlandaise de Seljamo et al. s'intéresse à l'influence de la consommation parentale sur les adolescents (118). L'enquête a été menée auprès de 1200 adolescents suivis depuis la naissance jusqu'à 15 ans. Un questionnaire anonyme sur la consommation a été adressé aux parents à la naissance de l'enfant, à l'âge de 7 ans et 15 ans. Les adolescents ont répondu à un questionnaire uniquement à l'âge de 15 ans. Les résultats sont sans équivoque : la consommation fréquente des parents augmente le risque d'ivresse chez l'adolescent et diminue l'âge de l'initiation de la consommation. De plus, les adolescents dont les parents ont débuté leur consommation avant 17 ans, sont plus exposés aux alcoolisations. Enfin, la consommation des adolescents issus des familles monoparentales est majorée par rapport aux adolescents vivant chez les deux parents.

Fisher et al. a démontré non seulement l'influence des pairs et des objets publicitaires, mais il s'est aussi intéressé à la consommation familiale (parents, frères et sœurs), le niveau socio-économique et la différence des facteurs en fonction du sexe (96). L'enquête regroupant plus de 5000 adolescents âgés de 11 à 18 ans recherche les facteurs d'initiation de la consommation.

Chez les filles, nous retrouvons le rôle négatif des familles monoparentales, l'influence des pairs et de la fratrie, un niveau social élevé et la prise des repas du soir hors domicile.

La consommation des parents, les produits publicitaires pour l'alcool, la consommation de tabac et de la participation aux activités sportives de l'école influencent la consommation des garçons.

Concernant le repas à domicile, il s'agit d'un moment de rencontre entre les enfants et les parents. C'est un moment opportun de communication, ce qui permet une meilleure influence de leur comportement.

Par ailleurs, les garçons impliqués dans les équipes sportives scolaires ont probablement une vie sociale plus développée ce qui augmente les occasions de consommation d'alcool.

L'influence des pairs et le rôle des résultats scolaires ont aussi été mis en évidence par Simons-Morton auprès des adolescents américains de 2^{nde} (119).

8.3. Prévention

Ces études montrent l'importance de la consommation d'alcool chez les adolescents. En s'appuyant sur le modèle finlandais (118) environ 80 % des filles et 79% des garçons ont déjà bu de l'alcool et parmi eux, 18% des garçons et 14% des filles ont été ivres. Ces chiffres montrent l'importance d'une éducation et d'une prévention précoce qui doivent s'adresser à toute la population d'adolescents et pas seulement aux adolescents admis aux urgences pour ivresse aiguë.

De plus, nous confirmons le fait que la plupart des alcoolisations se déroulent à l'insu des parents. En effet dans notre enquête menée aux urgences de Nancy, seulement quatre adolescents (soit 6,9%) ont récidivé après leur passage aux urgences. Alors que les différentes enquêtes nationales montrent que 39% des adolescents déclarent avoir consommé plus de cinq fois à la même occasion au cours du dernier mois (2).

Notre enquête était biaisée, car la plupart du temps nous n'avons pu interroger que les parents. De plus, les adolescents interrogés par téléphone ne pouvaient pas avouer leur consommation exacte de façon anonyme, étant donné que les parents se trouvaient à proximité.

Concernant les mesures de prévention, nous avons déjà vu qu'il faut distinguer le repérage et l'évaluation, deux tâches différentes quant aux professionnels concernés et aux outils à utiliser. Dans le repérage, il s'agit de déterminer qui a la probabilité d'avoir besoin d'une intervention, de quelque nature qu'elle soit. L'évaluation quant à elle, permet de distinguer les jeunes pour lesquels une intervention brève est suffisante, de ceux pour lesquels une prise en charge plus approfondie est nécessaire, et de définir la nature du besoin d'aide.

Dans le premier cas, le dispositif concerné rassemblerait tous les généralistes, infirmières scolaires ou éducateurs des établissements scolaires. Ce premier repérage définirait un groupe de jeunes à risque (dont l'usage n'entraîne pas actuellement des dommages mais est susceptible d'en provoquer) et un groupe de jeunes en grande difficulté (que leur consommation soit ou non à l'origine des troubles). Ceux dont la consommation est plus problématique pourraient être orientés vers des lieux de soin ou d'aide plus spécialisés, dans lesquels une évaluation plus approfondie serait alors pratiquée.

Ainsi tout adolescent, devrait avoir un repérage portant sur l'usage des substances psychoactives lors d'une consultation en médecine générale ou médecine scolaire. Malheureusement, l'adhérence à ces recommandations est faible parmi les praticiens, moins de la moitié repérant systématiquement les usages de produits des adolescents et jeunes adultes (120). Les raisons sont multiples : l'absence d'instruments de repérage validés et diffusés en France, la faible prévalence du trouble au sein de la file active du praticien, le manque de temps en consultation ainsi que l'absence d'entraînement ou de formation en addictologie.

Une autre difficulté réside dans la définition de la population à laquelle on applique ce repérage :

- La classe d'âge : les outils de repérage existant n'ont pas tous été validés pour les mêmes tranches d'âge. Prenons l'exemple du CRAFFT ou de l'ADOSPA qui est utilisé chez les 13-25 ans. Or, il est légitime de se demander si les 12-15 ans ont le même potentiel d'évolution que les 15-18 ans? Sont-ils réceptifs au même type de questionnaire ?
- Le stade de développement pubertaire de l'adolescent : capacité cognitive, puberté, identité, développement social et relationnel
- Le niveau d'expression orale et écrite : pour les questionnaires autoadministrés, des obstacles de compréhension peuvent être rencontrés si le français n'est pas bien maîtrisé, ou en cas d'illettrisme
- L'environnement dans lequel l'outil est utilisé (école, lieu de soins) est également à prendre en considération.

Le repérage et l'évaluation des consommations avec utilisation d'outils validés peuvent déboucher sur une intervention individuelle de type intervention brève ou entretien motivationnel. Les intervenants pour ce type d'action sont les éducateurs, les médecins généralistes, les pédiatres et les infirmières scolaires, voire les enseignants. Ce type d'intervention représente un investissement important en temps et en personne.

Une autre approche consiste à organiser des groupes de pairs (groupes d'adolescents menés par un animateur). Ce mode d'intervention implique également une formation des animateurs et la définition d'objectifs précis. Cette approche a fait la preuve de son efficacité dans le domaine des problèmes d'abus de substances chez les adolescents (121).

On pourrait alors imaginer une consultation spécifique, au début de l'adolescence où le jeune patient viendrait seul. Cette consultation permettrait au médecin de famille d'aborder des thèmes de santé publique tels que la contraception, la consommation de produits ; d'effectuer un examen clinique standardisé, et bien sûr d'informer son jeune patient du secret médical afin d'instaurer avec lui une relation de confiance.

Sur le plan de la prévention nationale, l'actualité française est au centre du débat. En effet, la nouvelle loi sur la réforme de l'hôpital relatif aux patients (loi HPST – Hôpital, Patients, Santé et Territoire) interdit la vente d'alcool à des mineurs et l'organisation des opens bar (122). Cette loi a été adoptée par l'Assemblée Nationale en mars 2009.

8.4. Les adolescents français face aux jeunes européens

D'une manière générale, la dernière enquête ESPAD (3) montre que l'alcool vient en première position des substances psychotropes expérimentées par les jeunes européens, un constat identique chez les filles et chez les garçons. Le produit est présent dans toutes les

cultures européennes. Ainsi à 16 ans, 89% des jeunes européennes déclarent avoir déjà consommé de l'alcool au moins une fois dans leur vie.

En revanche, quand on observe la consommation régulière, on note de grandes différences entre les pays et des évolutions parfois remarquables. Le clivage Sud/Nord, entre les pays latins et les pays scandinaves et le Royaume-Uni, est indéniable. Ces derniers se distinguent à la fois par la fréquence élevée de leur consommation et leur recherche répétée d'ivresse. Pour exemple, en 1999, 3% seulement des jeunes grecs déclaraient avoir été ivres trois fois au cours des 30 derniers jours, contre près de 30% des jeunes danois.

Mais la véritable nouveauté vient des pays de l'Est. On constate en effet l'émergence de pays tels que la Pologne, la Slovaquie, la République Tchèque ou encore l'Ukraine qui ont vu leur consommation considérablement augmenter. Les chiffres sont révélateurs : le pourcentage des jeunes affirmant avoir consommé de l'alcool dix fois ou plus durant les 30 derniers jours est passé de 2% à 8% en Lituanie entre 1995 et 1999, de 4% à 8% en Pologne ou encore de 9% à 14% en République Tchèque.

Le mode de consommation diffère aussi en fonction du pays. Par exemple, aux Pays Bas ou au Royaume-Uni, les jeunes consomment régulièrement des boissons alcoolisées et multiplient les ivresses, en revanche les Français et les Grecs, tout en ayant une consommation régulière connaissent moins les ivresses. Une consommation fréquente n'est pas obligatoirement synonyme d'ivresses répétées. Les différences culturelles entre les pays sont, dans ce cas significatives. Nous pouvons distinguer quatre « familles » :

Tableau 20

CONSOMMATION FRÉQUENTE	
IVRESSES FAIBLES	IVRESSES RÉPÉTÉES
<ul style="list-style-type: none"> • Malte • Grèce • Chypre • France 	<ul style="list-style-type: none"> • Danemark • Royaume-Uni • Irlande • Pays-Bas • République tchèque • Lituanie
CONSOMMATION PEU FRÉQUENTE	
IVRESSES FAIBLES	IVRESSES RÉPÉTÉES
<ul style="list-style-type: none"> • Italie • Portugal 	<ul style="list-style-type: none"> • Suède • Norvège • Finlande • Islande

Source OFDT 2007

Les différences de mode de consommation entre filles et garçons en Europe obéissent essentiellement à des critères culturels. Ainsi on peut observer une différence significative selon le sexe dans certains pays alors que, pour d'autres, la consommation de boissons alcoolisées est relativement similaire.

Par exemple, on note en France d'importantes différences filles/garçons alors qu'en Irlande ou au Royaume Uni les écarts sont minimes. L'enquête ESPAD montre ainsi que 16% des jeunes filles irlandaises ont consommé une boisson alcoolisée dix fois et plus durant les 30 derniers jours, leurs homologues masculins sont, eux 18%. En France, les pourcentages sont de 5% pour les filles et 12% pour les garçons. Cette situation s'explique par le poids des contraintes sociales des pays latins où les femmes sont relativement protégées d'une consommation excessive. Boire de l'alcool pour une femme est considéré souvent comme un comportement vulgaire dans les pays latins. Ceci est beaucoup moins vrai dans les pays scandinaves et au Royaume Uni.

En terme d'ivresse, les différenciations entre jeunes filles européennes sont encore plus significatives, beaucoup plus marquées chez les garçons. Pays du Nord et pays du Sud forment deux entités distinctes : 70% des adolescentes danoises ou anglaises déclarent avoir été ivres au moins une fois dans leur vie.

Au total, les jeunes français semblent être des « bons élèves » et se situent dans la moyenne de leurs homologues européens. Il ne faut cependant pas négliger l'expansion du phénomène « binge drinking » au delà des frontières anglaises.

D. Proposition d'une fiche pour les urgences

Devant la diversité de la prise en charge, nous avons estimé utile d'élaborer un « protocole » pour la structure des urgences pédiatriques. Notre document s'appuie sur les recommandations de l'ANAES et permet une prise en charge standardisée (annexe 7).

Cette fiche sera incluse dans le livret d'accueil des internes de l'hôpital d'enfants.

Conclusion

L'alcoolisation des adolescents est donc un problème fréquent et important. Les modes de consommation ont évolué avec une augmentation des ivresses et des consommations d'alcool fort. Cette consommation excessive d'alcool ou binge drinking (plus de 5 verres pris en temps limité) se propage auprès des adolescents. Des études récentes révèlent que le binge drinking entraînerait des lésions cérébrales au niveau de la substance blanche déjà à l'adolescence (123).

La plupart des intoxications alcooliques aiguës ne nécessitent pas d'intervention médicale. Cependant, certains adolescents sont amenés aux urgences hospitalières suite à une consommation d'alcool. L'admission aux urgences est motivée par les troubles du comportement et de la conscience secondaire à l'ingestion de boissons alcoolisées. Notre étude s'est intéressée à ces adolescents et nous avons essayé de répondre à quelques questions concernant la prise en charge et les caractéristiques de ces adolescents.

Les adolescents concernés sont principalement abuseurs de l'alcool, mais peu dépendants. Pour la plupart, le mode de consommation tient plus du rituel initiatique ou festif, néanmoins pour certains d'entre eux, il s'agit du phénomène « binge drinking ».

Contrairement aux enquêtes nationales réalisées aux Etats Unis, nous n'avons pas pu dégager les caractéristiques socio-environnementales des adolescents admis aux urgences pour ivresse aiguë. On peut en déduire que tout adolescent est concerné et que la prévention doit être une prévention de masse et pas seulement auprès des adolescents à risque.

Ces constats aboutissent à la conclusion que les campagnes de prévention sont nécessaires pour sensibiliser les jeunes aux dangers liées à l'excès d'alcool. Cependant les différentes mesures législatives ne seront efficaces que si elles font intervenir des acteurs de proximité tels que les parents ou les médecins traitants.

Au total, une double prise de conscience est nécessaire : pour les adolescents, que leur mode de consommation d'alcool est nocif et dangereux, et pour les médecins de famille. Ces derniers doivent pouvoir agir et prévenir.

Le médecin traitant a un rôle dominant dans la fonction de prévention. Cependant, la fréquence de consultation d'un généraliste est peu élevée chez les adolescents. Selon l'enquête de HBSC, chaque adolescent consulterait environ six fois dans l'année, en institution ou en cabinet, dans le domaine médical ou paramédical (54). D'autre part, le praticien manque souvent de temps pour aborder ces problèmes, l'adolescent venant consulter pour un tout autre motif. De plus, le jeune est souvent accompagné d'un parent, ce qui rend impossible toute confiance, et permet mal au praticien l'abord des consommations de produits devant la famille, qu'il connaît bien la plupart du temps.

La politique de santé publique doit non seulement interdire les ventes d'alcool à des mineurs mais aussi mettre en place et valoriser des « consultations de prévention » gratuites pour les adolescents.

La mission de prévention et de santé publique devra constituer un pilier de l'activité de la médecine générale de demain.

Annexes

Facteur A du POSIT : abus de produits psychoactifs

1. Avez-vous des problèmes à l'école dus à l'alcool ou aux drogues?
2. Avez-vous déjà été accidentellement blessé ou avez-vous accidentellement blessé quelqu'un d'autre après avoir consommé une quantité importante d'alcool ou de drogues ?
3. Est-ce que vous ratez des activités parce que vous dépensez trop d'argent pour l'alcool ou les autres drogues ?
4. Avez-vous déjà eu l'impression d'être dépendant à l'alcool ou aux autres drogues ?
5. Êtes-vous obligé d'utiliser de plus en plus de drogues ou d'alcool pour obtenir l'effet que vous voulez ?
6. Avez-vous déjà quitté une soirée parce qu'il n'y avait ni alcool, ni autres drogues ?
7. Avez-vous constamment envie de prendre de l'alcool ou d'autres drogues ?
8. Avez-vous déjà eu un accident de voiture ou de deux roues sous l'effet de l'alcool ou d'autres drogues ?
9. Oubliez-vous les choses que vous avez faites sous l'effet de l'alcool ou de drogues ?
10. Au cours du dernier mois, avez-vous conduit une voiture ou un deux roues sous l'effet de l'alcool ou de drogues ?
11. L'alcool ou les drogues vous causent-ils des variations rapides d'humeur, comme par exemple d'heureux à triste ou vice-versa ?
12. Manquez-vous l'école ou arrivez-vous en retard à cause de votre consommation d'alcool ou de drogues ?
13. Votre famille ou vos ami(es) vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogues ?
14. Avez-vous de sérieuses disputes avec vos amis(es) ou votre famille à cause de l'alcool ou de la drogue ?
15. L'alcool ou les autres drogues vous font-ils faire des choses que vous ne feriez pas normalement, comme ne pas respecter les règles, ne pas rentrer à l'heure prévue à la maison, ou transgresser la loi ?
16. Avez-vous des difficultés à garder vos amis(es) à cause de l'alcool ou d'autres drogues ?
17. Avez-vous déjà eu l'impression que vous ne pouviez pas contrôler votre utilisation d'alcool ou d'autres drogues ?

AAIS (Adolescent Alcohol Involment Scale)

These questions refer to your use of alcohol. Please answer regarding the time you were living in the community before you were taken into custody or entered treatment. Please tell me which of the answers best describe your use of alcohol. Even if none of the answers seem exactly right, please pick the ones that come closest to being true. If a question doesn't apply to you, tell me and we will leave it blank.

1. How often do [did] you use alcohol [before you were taken into custody/entered treatment]?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| a. [0] never | e. [5] several times a week |
| b. [2] once or twice a year | f. [6] every day |
| c. [3] once or twice a month | g. [7] several times a day |
| d. [4] every weekend | |

2. When did you last use alcohol? [Before you entered treatment or were taken into custody]

- | | |
|---|--|
| a. [0] never used alcohol or drugs | e. [5] last week [the week before] |
| b. [2] not for over a year | f. [6] yesterday [the day before] |
| c. [3] between 6 months and 1 year [before] | g. [7] today [the same day I was taken into |
| d. [4] several weeks ago [before] custody] | |

3. I usually start to drink because: (TELL ME ALL THAT ARE TRUE OF YOU)

- | | |
|---|---|
| a. [1] I like the feeling | d. [4] I feel stressed, nervous, tense, full of |
| b. [2] to be like my friends worries or problems | |
| c. [3] I am bored; or just to have fun ("kickin' it") | e. [5] I feel sad, lonely, sorry for myself |

4. What do you drink, when you drink alcohol? (CIRCLE ALL MENTIONS)

- | | |
|---------------------|--|
| a. [1] wine | d. [4] hard liquor (vodka, whisky, etc.) |
| b. [2] beer | e. [5] a substitute for alcohol |
| c. [3] mixed drinks | |

5. How do you get your alcohol? (CIRCLE ALL THAT YOU DO)

- | | |
|---|--|
| a. [1] Supervised by parents or relatives | d. [4] get from friends |
| b. [2] from brothers or sisters | e. [5] buy my own (on the street or with false ID) |
| c. [3] from home without parents' knowledge | |

6. When did you first take your first drink? (CIRCLE ONE)

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| a. [0] never | d. [4] at ages 12 or 13 |
| b. [2] after age 15 | e. [5] at ages 10 or 11 |
| c. [3] at ages 14 or 15 | f. [6] before age 10 |

7. What time of day do you use alcohol ? (CIRCLE ALL THAT APPLY TO YOU)

- | | |
|--|--|
| a. [1] at night | d. [4] in the morning or when I first awaken |
| b. [2] afternoons/after school | e. [5] I often get up during my sleep to use alcohol |
| c. [3] before or during school or work | |

8. Why did you take your first drink? (CIRCLE ALL THAT APPLY)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| a. [1] curiosity | d. [4] to get away from my problems |
| b. [2] parents or relatives offered | e. [5] to get high or drunk |
| c. [3] friends encouraged me; to have fun | |

9. When you drink alcohol, how much do you usually drink?

- a. [1] 1 drink
- b. [2] 2 drinks
- c. [3] 3-4 drinks
- d. [4] 5 -9 drinks
- e. [5] 10 or more drinks

10. Whom do you drink with? (CIRCLE ALL THAT ARE TRUE OF YOU)

- a. [1] parents or adult relatives
- b. [2] with brothers or sisters
- c. [3] with friends or relatives own age
- d. [4] with older friends
- e. [5] alone

11. What effects have you had from drinking? (CIRCLE ALL THAT APPLY TO YOU)

- a. [1] loose, easy feeling
- b. [2] got moderately high
- c. [3] got drunk or wasted
- d. [4] became ill
- e. [5] passed out or overdosed
- f. [6] used a lot and next day didn't remember what happened

12. What effects has using alcohol or had on your life? (CIRCLE ALL THAT APPLY)

- a. [0] none
- b. [2] has interfered with talking to someone
- c. [3] has prevented me from having a good time arrest, or being punished at school
- d. [4] has interfered with my school work for using alcohol
- e. [5] have lost friends because of use
- f. [6] has gotten me into trouble at home
- g. [7] was in a fight or destroyed property
- h. [8] has resulted in an accident, an injury,

13. How do you feel about your use of alcohol? (CIRCLE ALL THAT APPLY)

- a. [0] no problem at all
- b. [1] I can control it and set limits on myself
- c. [3] I can control myself, but my friends easily influence me
- d. [4] I often feel bad about my use
- e. [5] I need help to control myself
- f. [6] I have had professional help to control my drinking

14. How do others see you in relation to your alcohol? (CIRCLE ALL THAT APPLY)

- a. [0] can't say or normal for my age
- b. [2] when I use I tend to neglect family or friends alcohol
- c. [3] my family or friends advise me to gone for help about my use
- d. [4] my family or friends tell me to get help for m
- e. [5] my family or friends have already control or cut my down on my use

Score d'Abus d'Alcool chez l'Adolescent

1. A quelle fréquence consommez-vous de l'alcool?
 - a. Jamais
 - b. Une ou deux fois par an
 - c. Une ou deux fois par mois
 - d. Toutes les semaines
 - e. Plusieurs fois par semaine
 - f. Tous les jours

2. Quand avez-vous pour la dernière fois ?
 - a. Jamais
 - b. Pas depuis 1 an
 - c. Entre 6 mois et 1 an
 - d. Il y a plusieurs semaines
 - e. La semaine dernière
 - f. Hier
 - g. Aujourd'hui

3. Je bois d'habitude car :
 - a. J'aime le goût
 - b. Pour faire comme mes amis
 - c. Je me sens plus adulte
 - h. Je me sens nerveux tendu, pour oublier mes problèmes
 - i. Je me sens seul, triste déprimé

4. Que buvez-vous ?
 - a. Vin
 - b. Bière
 - c. Mélange de boissons alcoolisées
 - d. Alcool fort
 - e. Des substituts en cas de manque d'alcool : médicaments à base d'alcool, produits cosmétiques contenant de l'alcool

5. Comment obtenez-vous de l'alcool ?
 - a. Sous surveillance de parents ou responsable
 - b. Par mes frères ou soeurs
 - c. A la maison sans que mes parents le sachent
 - d. Par des amis
 - e. En l'achetant sous une fausse identité

6. Quand avez-vous bu pour la première fois ?
 - a. Jamais
 - b. Récemment
 - c. Après 15ans
 - d. Entre 13 et 15 ans
 - e. Entre 10 et 13 ans
 - f. Avant 10 ans

7. A quelle heure buvez-vous habituellement ?
 - a. En mangeant
 - b. Le soir
 - c. Dans l'après-midi
 - d. Le plus souvent le matin quand le me lève
 - e. Je me lève souvent la nuit pour boire

8. Pourquoi avez-vous bu pour la première fois ?
- a. Par curiosité
 - b. Mes parents ou ma famille m'ont proposé
 - c. Pour me sentir plus adulte
 - d. Pour être ivre
9. Quelle quantité d'alcool buvez-vous d'habitude ?
- a. 1 verre
 - b. 2 verres
 - c. 3 à 6 verres
 - d. 6 verres ou plus
 - e. Jusqu'à l'ivresse
10. Avec qui buvez-vous de l'alcool ?
- a. Parents ou famille
 - b. Frères et sœurs seulement
 - c. Avec des amis de mon âge
 - d. Avec des amis plus vieux
 - e. Seul
11. Quel est l'effet le plus important que vous avez eu après l'absorption de l'alcool ?
- a. Me sentir plus libéré, plus « relâché »
 - b. Modérément ivre
 - c. Ivre
 - d. Malade
 - e. Perte de connaissance
 - f. Après avoir bu beaucoup, le lendemain je me rappelais plus de rien
12. Quel est le plus grand effet que l'alcool a eu sur votre vie ?
- a. Aucun, sans effet
 - b. Cela m'a gêné pour en parler à quelqu'un
 - c. Je n'ai pas pu passer un bon moment
 - d. Cela a interféré avec ma vie scolaire
 - e. J'ai perdu des amis
 - f. J'ai eu des problèmes avec ma famille
 - g. Je me suis bagarré ou j'ai détruit des biens
 - h. Mon alcoolisation a provoqué : un accident, une blessure, une arrestation ou un avertissement scolaire
13. Que ressentez-vous de votre alcoolisation ?
- a. Vraiment aucun problème
 - b. Je peux me contrôler et je peux mettre mes limites
 - c. Je peux me contrôler mais mes amis m'influencent facilement
 - d. Je sais que j'ai des problèmes difficiles avec l'alcool
 - e. J'ai besoin d'aide pour me contrôler
 - f. J'ai déjà eu recours à une aide professionnelle pour m'aider
14. Comment vous perçoit votre entourage ?
- a. Je ne sais pas ou je bois normalement pour mon âge
 - b. Quand je bois, j'ai tendance à négliger ma famille ou mes amis
 - c. Ma famille ou mes amis me conseillent de diminuer ou d'arrêter de boire
 - d. Ma famille ou mes amis me conseillent de me faire aider par des professionnels
 - e. Ma famille ou mes amis ont pris contact avec des professionnels pour m'aider



QUESTIONNAIRE AUDIT

(Acronyme d'alcool use disorders test)

Questions	Score
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	
Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

Résultat

Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

Société française d'alcoologie, 2001

8293400927

DEP-ADO

GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL
ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES
Version 3.1 - octobre 2003

RISQ

--	--	--	--	--

No. dossier

 Date :

--	--	--	--

--	--

--	--

Année

Mois

Jour

Quel est ton niveau scolaire actuel?

- Secondaire I
 Secondaire II
 Secondaire III
 Secondaire IV
 Secondaire V
 Autre niveau _____

Nom: _____ (facultatif) Prénom: _____

 Âge :

--	--

 Sexe : Garçon Fille

préciser

1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ? (noircir une seule réponse par produit)

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis (ex.: mari, pot, haschich, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaïne (ex.: coke, snow, crack, freebase, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colle/solvant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallucinogènes (ex.: LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Héroïne (ex.: smack)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphétamines/speed (ex.: upper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans prescription : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. a) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ?

- Oui ➔ Passez à la Q2b
 Non ➔ Passez à la Q3

b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement de l'alcool?

(1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)

--	--

Ans

..... une ou des drogues?

--	--

Ans

3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ?

 Oui Non

Si aucune consommation dans les 12 derniers mois ➔ Passez à la question 7

4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours

 Oui Non

Réservé à l'usage de l'intervenant

 Facteur 1 =
alcool et cannabis
 Facteur 2 =
autres drogues
 Facteur 3 =
conséquences

DEP-ADO

GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES
ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES

Version 3.1 – octobre 2003

GRILLE DE COTATION1. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AS-TU CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS ET SI OUI
QUELLE A ÉTÉ LA FRÉQUENCE DE TA CONSOMMATION ?

	Pas consommé	A l'occasion	1 fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	0	1	2	3	4	5
Cannabis	0	1	2	3	4	5
Cocaïne	0	1	2	3	4	5
Colle/Solvant	0	1	2	3	4	5
Hallucinogènes	0	1	2	3	4	5
Héroïne	0	1	2	3	4	5
Amphétamines / speed	0	1	2	3	4	5
Autres*	0	1	2	3	4	5

* médicaments sans prescription, barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. b) À QUEL ÂGE AS-TU COMMENCÉ À CONSOMMER RÉGULIÈREMENT ?

ALCOOL	< 12 ans	= 3	DROGUE	< 14 ans	= 3
	12 à 15 ans	= 2		14 à 15 ans	= 2
	16 ans ou +	= 1		16 ans ou +	= 1

3. AU COURS DE TA VIE, T'ES-TU DÉJÀ INJECTÉ(E) DES DROGUES ?

OUI = 8 NON = 0

4. AS-TU CONSOMMÉ DE L'ALCOOL OU D'AUTRES DROGUES AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS ?

OUI = 2 NON = 0

5. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 8 (garçon) 5 (fille) CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?

AUCUNE FOIS = 0 1 À 2 FOIS = 1 3 À 25 FOIS = 2 26 FOIS ET + = 3

6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, CELA T'EST-IL ARRIVÉ... :

OUI = 2 NON = 0

FAIRE LE TOTAL DES POINTS

13 et moins	= Feu vert	° pas de problème évident (aucune intervention nécessaire)
Entre 14 et 19	= Feu jaune	° problème en émergence (intervention souhaitable)
20 et +	= Feu rouge	° problème évident (intervention spécialisée nécessaire)

DEP-ADO- Version 3.1 – octobre 2003

GRILLE DE COTATION (SUITE)

Classement par centiles des facteurs de consommation problématique et du score total selon l'âge et le sexe

GARÇONS 14 ANS ET -

GARÇONS 15 ANS ET +

Percentiles	FACTEUR 1	FACTEUR 2	FACTEUR 3	SCORE	FACTEUR 1	FACTEUR 2	FACTEUR 3	SCORE
	<i>Alcool et cannabis</i>	<i>Autres Drogues</i>	<i>Conséquences</i>	<u>TOTAL</u>	<i>Alcool et cannabis</i>	<i>Autres Drogues</i>	<i>Conséquences</i>	<u>TOTAL</u>
100	20 et +	6 et +	10 et +	32 et +	22 et +	9 et +	12 et +	32 et +
95	17	3	7	26	19	4	8	25
90	15	1	4	22	17	2	4	22
85	14	1	4	17	16	1	4	20
80	12	0	2	14	15	1	2	18
75	9	0	2	11	14	0	2	16
70	8	0	0	9	12	0	2	15
65	7	0	0	8	11	0	2	13
60	6	0	0	6	10	0	0	11
55	5	0	0	6	9	0	0	10
50	4	0	0	5	7	0	0	8
45	3	0	0	3	6	0	0	7
40	3	0	0	3	5	0	0	6
35	2	0	0	2	4	0	0	5
30	2	0	0	2	3	0	0	4
25	0	0	0	0	2	0	0	2
20	0	0	0	0	1	0	0	1
15	0	0	0	0	1	0	0	1
10	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0

FILLES 14 ANS ET -

FILLES 15 ANS ET +

Percentiles	FACTEUR 1	FACTEUR 2	FACTEUR 3	SCORE	FACTEUR 1	FACTEUR 2	FACTEUR 3	SCORE
	<i>Alcool et cannabis</i>	<i>Autres Drogues</i>	<i>Conséquences</i>	<u>TOTAL</u>	<i>Alcool et cannabis</i>	<i>Autres Drogues</i>	<i>Conséquences</i>	<u>TOTAL</u>
100	20 et +	10 et +	10 et +	32 et +	20 et +	13 et +	10 et +	38 et +
95	19	5	8	30	17	4	6	22
90	18	2	6	26	15	2	4	20
85	17	1	6	22	15	1	4	18
80	16	1	4	18	14	1	2	16
75	15	0	2	16	13	0	2	15
70	13	0	2	15	12	0	2	14
65	11	0	2	14	11	0	0	12
60	10	0	0	12	10	0	0	11
55	7	0	0	9	9	0	0	10
50	7	0	0	8	8	0	0	9
45	6	0	0	6	7	0	0	8
40	3	0	0	3	6	0	0	7
35	3	0	0	3	5	0	0	6
30	2	0	0	2	4	0	0	5
25	2	0	0	1	3	0	0	3
20	1	0	0	1	2	0	0	3
15	0	0	0	0	1	0	0	1
10	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0

Prise en charge de l'ivresse aiguë aux urgences

Critères d'inclusion :

- Age : 10 ans à 17 ans et 364 jours inclus
- Diagnostic : ivresse aiguë

Identité du patient :

NOM :

Prénom :

Sexe : M F

Admission aux urgences :

Motif d'admission : Ivresse aiguë

Date d'entrée :

Horaire d'entrée :

Urgences : Adultes

OU Pédiatriques

Accompagnant :

Non

Parent(s)

Famille

Amis

Pompiers

Police

Non précisé

Prise en charge aux urgences :

Alcoolémie : sanguine : g/L ou autre méthode :g/L

Température à l'entrée :

Score de Glasgow :

Glycémie : dextro : et/ou sanguine

Troubles respiratoires : Fausse – route :

Hypoventilation :

Autres :

Troubles neurologiques : Agitation :

Coma :

Autres :

Vomissements :

Traumatismes :

Hospitalisation : Oui / Non

Durée de séjour :

Type de service : Médecine

Psychiatrie

Réanimation

Prise en charge par : psychiatre

psychologue

Caractéristiques de la population des adolescents

Terrain :

Lieu de résidence : Ville Banlieu Campagne

Lieu de vie : Domicile : - avec les deux parents :

-avec la maman :

-avec le papa :

Internat :

Foyer :

Autre :

Profession des parents : père : mère

Parcours scolaire :

Classe :

Scolarisation : Lycée d'Enseignement Général ou Technologique

Lycée d'Enseignement Professionnel

Classe spécialisée

Apprentissage

Autre

L'adolescent a-t-il redoublé : OUI / NON

Contexte de l'alcoolisation

Boisson(s) consommée(s) :

Mode de consommation : solitaire en groupe en famille

Lieu de consommation : Domicile : Amis :

Discothèque/Bar : Lieu publique :

Devenir :

Suivi par psychologue et/ou psychiatre :

Récidive d'une intoxication alcoolique :

Intoxication alcoolique aiguë (Recommandations ANAES Septembre 2001)

Il s'agit souvent d'une révélation d'une situation de crise psycho sociale chez l'adolescent. Il ne faut donc jamais banaliser l'événement.

Faire attention aux circonstances de certaines urgences traumatologiques (en particulier lors des AVP) et lors des tentatives de suicides.

La moitié des alcoolismes chroniques débuteraient avant l'âge de 20 ans.

Facteurs de risques :

- Problèmes familiaux, violences subies
- Difficultés scolaires, difficultés de communication
- Alcoolisme parental
- Cumul d'événements traumatisants
- Dépression, anxiété

Risques somatiques :

- Coma hypoglycémique
- Troubles neurologiques (accident de la voie publique, chute, coma avec risque d'inhalation, pulmonaire)

Prise en charge aux urgences :

- Abord adapté à l'adolescent (conditions d'intoxication), anamnèse, antécédents de comportements à risque ou de consommations de substances psycho-actives
- Prise de constantes : TA, FC, Saturation, Température et Glycémie capillaire
- Examen somatique complet : ne pas oublier de noter les lésions cutanées (scarifications)
- Examens complémentaires :
- Sanguins : NF, Ionogramme, Transaminases, Alcoolémie (pas d'intérêt des γ GT et CDT)
 - Urinaires : Toxiques, ajouter cannabis et autres stupéfiants sur la demande
- Voie veineuse périphérique : Glucosé 5% ou Polyionique G5%

Hospitalisation (72 heures recommandées, accord parental)

- Doit être de règle afin d'assurer une surveillance clinique et permettre de distinguer le risque « exploratoire » normal de l'adolescent (engendrant prévention, information et éducation) et les situations plus complexes nécessitant un suivi psychologique
- Prévenir le service de pédopsychiatrie (54646) pour évaluation psychologique
- Prévoir un bilan social : contexte familial, évaluation scolaire, problèmes associés
- Préparer un éventuel suivi au CMP pour adolescents

Bibliographie

1. BECK F, LEGLEY S, PERETTI-WATEL P. Regards sur la fin de l'adolescence: consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD. Paris : OFDT, 2000.
2. LEGLEYE S. et al. Drogues à l'adolescence en 2005 – Niveaux, contextes d'usage et évolution à 17 ans en France- Résultats de la 5^{ème} enquête nationale ESCAPAD. . Paris : OFDT, 2007
3. CHOCQUET M. Les jeunes européens et l'alcool. Alcool et adolescence. Paris : Albin Michel,2007: 303-315
4. COURTNEY KE, POLICH J. Binge drinking in youth adults: data, definitions and determinants. Psychol Bull 2009 Jan;135(1):142-56
5. ALVIN P, DESCHAMPS JP. Santé, risques et « mises à risques » à l'adolescence. Réflexions sur certaines réalités contemporaines. Ann Pédiatr 1998 ;45 :378-84
6. ANAES. Orientation diagnostic et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, patients admis aux urgences des établissements de soins. Septembre 2001.Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_ivresse_reco_mel_2006.pdf
7. GAINARD JY, KIRITZE-TOPOR P. L'alcoologie en pratique quotidienne. Lyon : L'ippa Santé,1995 : 18
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson, 2003
9. PAILLE F. Evaluation pratique de la consommation d'alcool. Gastroenterol Clin Biol 2002;26:B141-B148
10. RIGAUD D. L'effet protecteur des boissons alcooliques. Cah.Nutr.Diét.2000, 35(2) :85-92
11. INPES. Consommation d'alcool, seuils à risque et outils de repérage des usages à risques. In : Actualités alcool ; Sept/Oct 2005 n°27. Disponible sur:
<http://www.inpes.sante.fr/AA/pdf/Alcoolactu27.pdf>
12. OMS. Classification internationale des maladies. Dixième édition. Chap V : Troubles mentaux et troubles du comportement. Paris : Masson,1993
13. OLDS J, MILNER P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. J Comp Physiol Psychol. 1954 Dec;47 (6): 419-27
14. DI CHIARA G,IMPERATO A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentration in the mesolimbic system of freely moving rats. Proc Natl Acad Sci USA. 1988 Jul; 85(14) : 5274-8
15. TASSIN JP. Place de la dopamine dans les processus de dépendance aux drogues. Bull Acad Natl Med. 2002 ; 186 (2) :295-304

16. KENDLER KS, DAVIS CG, KESSLER RC. The familial aggregation of common psychiatric and substance use disorders in the National Comorbidity Survey: a family history study. *Br J Psychiatry* 1997 Jun;170:541-8
17. GORWOOD P. Contribution of genetics to the concept of risk status for alcohol dependence. *J Soc Biol* 2000;194:43-9
18. ENOCH MA, GOLDMAN D. The genetics of alcoholism and alcohol abuse. *Curr Psychiatry Rep.* 2001 Apr; 3(2):144-51
19. KOOPMANS J. BOOMSMA DE. Familial resemblances in alcohol use : genetic or cultural transmission ? *J Stud Alcohol.*1996 Jan; 57 (1) :19-28
20. LI TK. Pharmacogenetics of responses to alcohol and genes that influences alcohol drinking. *J Stud Alcohol.*2000 Jan ;61(1) :5-12
21. SHIBUYA A, YOSHIDA A. Genotypes of alcohol – metabolizing enzymes in Japanes with alcohol liver diseases: a strong association of the usual Caucasian-type aldehyde dehydrogenase gene (ALDH 2) with the disease. *Am J Hum Genet* 1988 Nov;43(5):744-8
22. GROBIN AC, MATTHEWS BD, DEVAUD LL, et al. The role of GABA-A receptors in the acute and chronic effects of ethanol. *Psychopharmacology.*1998 Sep;139 (1-2):2-19
23. BLUM K, NOBLE EP, SHERIDAN PJ, et al. Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. *JAMA* 1990; 263:2055-60
24. SANDER T, HARMS H, LESCH KP, et al. Association analysis of a regulatory variation of the serotonin transporter gene with severe alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 1997 Nov;21(8):1356-9
25. CORCOS M, JEAMMET P. Conduites et dépendances à l'adolescence. Aspect étiopathogénique et clinique. EMC (Elsevier Masson SAS,Paris), Psychiatrie,37-216-G30,2000,6p
26. NAHOUN GRAPPE V. La culture de l'ivresse. Paris : Quai Voltaire, 1991
27. Loi 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. *J.O.* n°10 du 12 janvier 1991
28. OMS. Les problèmes de santé des adolescents. Rapport d'un comité d'experts, OMS Ser Rapp Techn n° 308 1965
29. BRAUNER R. Puberté normale. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie,4-002-F-65,2006
30. MERIMEE TJ,ZAPF J, HEWLETT B,CAVALLI-SFORZA LL. Insulin-like growth factor in pygmies : the role of puberty in determinig final stature. *N Engl J Med.* 1987 Apr;316 (15): 906-11

31. ALVIN P. Puberté normale et pathologique: aspect médicaux et psychologiques. EMC (Elsevier SAS, Paris), Gynécologie,802-A-01,2006
32. TANNER JM. Growth at adolescent. Oxford: Blackwell Scientific Publication,1962
33. FINKELSTEIN JW, SUSMAN EJ,CHINCHILLI VM, D'ARCANGELO MR,KUNSELMAN SJ, SCHWAB J, et al. Effects of estrogen or testosterone on self reported sexual responses and behaviors in hypogonadal adolescents. J Clin Endocrinol Metab 1998 Jul;83(7):2281-5
34. PAIKOFF RL, BROOKS-GUNN J. Do parent-child relationships change during puberty? Psychol Bull 1991 Jul;110 (1):47-66
35. MARCELLI D. Travail psychique lié à la puberté. In : Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent. Paris: Masson,2005, p35-41
36. BRACONNIER A, MARCELLI D. Adolescence et psychopathologie. 7^{ème} éd. Paris : Masson,2008: 15-29
37. RICHARD F. Les troubles psychiques liés à l'adolescence. Coll. Les topos. Paris : Dunod ; 1998: 21
38. CAHN R. L'adolescent dans la psychanalyse. L'aventure de la subjectivation. Paris : PUF ,1998
39. CAHN R. Les identifications à l'adolescence. In : Monographie de la revue française de la psychanalyse. Identifications. Paris : PUF, 2002, p 111-25
40. MAHLER M. Psychose infantile. Paris : Petite Bibliothèque Payot,1973
41. BLOS P. The second individuation process of adolescence. Psychoanal Study Child 1967 ; 22 : 162-6
42. LAUFER M et E. Adolescence et rupture du développement, une perspective psychanalytique. Paris : PUF, 1988
43. FREUD S. Deuil et mélancolie. In : OCP XIII. Paris : PUF,1988: 259-78
44. HAIM A. Les suicides d'adolescents. Paris : Payot ; 1970
45. GUTTON P, BOURCET S. La naissance pubertaire. L'archaïque génital et son devenir. Paris : Dunod, 2004
46. GUTTON P. Le pubertaire. Paris : PUF, 2003
47. GUTTON P. Adolescents. Paris : PUF, 1996
48. MARTY F, CHAGNON J.-Y. Identité et identification à l'adolescence. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédopsychiatrie, 37-213-A-30,2006

49. WINNICOTT DW. Concepts actuels du développement de l'adolescent : conséquences quant à l'éducation. In : Jeu et réalité. Paris : Gallimard,1975 :190-207
50. BONALDI C, BLOCH J. L'entretien de santé des enfants de 12-13 ans (filles de 12 ans et garçons de 13 ans) – Analyse descriptive et résultats épidémiologiques. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, février 2009, 38 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr
51. CAFLISCH M, ALVIN P. La prise en charge des adolescents en pédiatrie hospitalière. Une enquête nationale. Arch Pediatr. 2000 Jul;7 (7) :732-7
52. ALVIN P. Relation de soins en pratique courante. In : Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent. Paris: Masson,2005 : 57-71
53. BINDER P, CHABAUD F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. Rev Prat MG 2005; 19 (710/711) :1307-1313
54. GODEAU E, GRANDJEAN H, NAVARRO F. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France 2002 - Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Paris : INPES, 2005
55. CANTRIL H. The pattern of Human Concerns. New Brunswick: Rutgers University Press,1965
56. JACQUIN P. La différence des sexes dans la demande des soins à l'adolescence. Gynécol Obstét Fertil. 2002 Jul-Aug ; 30 (7-8) : 596-602
57. BRACONNIER A, CHILAND C, CHOQUET M, POMAREDE R. Adolescentes, adolescents. Psychopathologie différentielle. Paris : Bayard, 1995
58. LE PAPE A, LECOMTE T. Prévalence et prise en charge de la dépression France 1996-1997. CREDES, Rapport n° 1277, sept 1999
59. JANVRIN MP, ARENES J, GUILBERT P. Violence, suicide et conduites d'essai. In: ARENES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. Baromètre Santé jeunes 97/98, Paris : Bayard, 1998 : 219-246.
60. LECLERC F, MARTINOT, SADIK A, HUE V, DORKENOO A. L'inflation des urgences pédiatriques. Arch Pédiatr. 1999;6 Suppl 2: 454-6
61. STHENEUR C, REY C, ALVIN P.L' adolescent aux urgences. Méd Thér Pédiatrie. 1999 Sep-Oct; 2 :369-72
62. ALVIN P, GASQUET I, DE TOURNEMIRE R, NOUYRIGAT V, SPERANZA M. Les adolescents aux urgences hospitalières. A propos d'une enquête menée à l'AP-HP. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2002 ;50 : 571-6

63. BAILLY D, BAILLY – LAMBIN I. Consommations de substances et toxicomanies chez l'enfant et l'adolescent : données épidémiologiques et stratégies de prévention. EMC (Elsevier SAS, Paris), Pédiatrie,4-103-B-10,1999,8p
64. INSERM. Alcool, Dommage sociaux, abus et dépendance. Paris : INSERM; Février 2003 :33-53
65. CHOQUET M. et al. Les substances psychoactives chez les collégiens et les lycéens : consommations en 2003 et évolution depuis 10 ans. Tendances. Paris : OFDT, 2004 Mars (35), 6p
66. CHOQUET M, LEDOUX S, HASSLER Ch, BECK F. Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés. ESPAD 99, Paris : OFDT,Février 2000
67. BECK F et al. Le tabagisme des adolescents : niveaux, tendances et représentations, quels enseignements pour la prévention ? Rev Mal Respir. 2006 Dec.23 (6) :681-93
68. LEGLEYE S, SPILKA S, BECK F. Le tabagisme des adolescents en France, suite aux récentes hausses des prix. BEH, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2006 Mai (21-22):150-52
69. LEGLEYE S, BECK F, PERETTI-WATEL P. Tabagisme en France, Impact des hausses de prix : transitoire. Rev Prat MG, 2007 (756-757) : 75-78
70. CHABROL H, ROURA C, KALLMEYER A. Les représentations des effets du cannabis: une étude qualitative chez les consommateurs et non consommateurs. L'Encéphale Vol 30. Juin 2004 : 259 -65
71. CHABROL H, MABILA JD, CHAUCHARD E, MANTOULAN R, ROUSSEAU A. Contribution des influences parentales et sociales à la consommation de cannabis chez les adolescents scolarisés. Encéphale Vol 34, Janvier 2008 : 8-16
72. SILVAIN C, CHAGNEAU-DERRODE C. Métabolisme de l'alcool.EMC Hépatologie 7-005-C-10
73. BESSON D. Boissons alcoolisées: quarante ans de baisse de la consommation. INSEE Première, 2004 :1-4
74. GRAHAM K, WEST P. Alcohol and crime: examining the link. In: HEATHER N, PETERS TJ, STOCKWELL T. International handbook of alcohol dependence and problems. Chichester: Wiley, 2001
75. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE. Loi 2004-185 relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Journal officiel de la République Française. 11 Août 2004 : 185

76. KUNTSCH E, KNIBBE R, GMEL G, ENGELS R. "I drink spirit to get drunk and block out my problems": Beverage preference, drinking motives and alcohol use in adolescence. *Alcohol Alcohol*. 2006 Sept-Oct;41: 566-73
77. FARKE W, ANDERSON P. Binge drinking in Europe. *Adicciones*. 2007;19 (4): 333-9
78. KUNTSCH E, REHM J, GMEL G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med*. 2004 Jul;59 (4): 113-27
79. PLANT M. *Binge Britain*. Oxford: Univ Press, Jun 1996
80. JOHNSON PB, BOLES SM, VAGHAN R, KLEBER HD. The co-occurrence of smoking and binge-drinking in adolescence. *Addict Behav*. 200 Sep-Oct; 25 (5):779-83
81. Observatoire national interministériel de Sécurité routière. *Grands thèmes de la sécurité routière en 2006*. La Défense : ONISR, 2006
82. HAGGSTROM-NORDIN E, HANSON U, TYDEN T. Sex behaviour among high school students in Sweden : improvement in contraceptive use over time. *J Adolesc Health*. 2002 Apr;30:288-95
83. STUEVE A, O'DONNELL L. Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *Am J Public Health*. 2005 May; 95 (5): 887-93
84. RAMSTEDT M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addictions* 2001;96 Suppl 1:59-75
85. ASELTINE RH JR, 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 Mar;48(3):262-70.
86. MARCELLI D. Les conduits addictives du préadolescent, les consommations de produits du préadolescent. *J Pédiatr Puériculture* 2002 Jul.;15 :270-4
87. REYNAUD M. *Usage nocif de substances psychoactives*. Paris : La Documentation Française, 2002
88. VIGNAU J, KARILA L. Les conduites addictives à l'adolescence. *Rev Prat*. 2003; 53 :1315-9
89. MOFFITT T. Life – course – persistent and adolescence-limited antisocial behavior: a 10 year research review and a research agenda. In: LAHAY B.MOFFITT T. CASPI A. *Causes of conducts disorders and juvenile delinquency*. New York : Guilford Press, 2003:49-75

90. MOSS HB, LYNCH KG. Comorbid disruptive behavior disorder symptoms and their relationship to adolescent alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2001 Sept;61 (1):75-83
91. WHITE HR, XIE M, THOMPSON W, LOEBER R, STOUTHAMER-LOEBER M. Psychopathology as a predictor of adolescent alcohol use trajectories. *Psychology Addict Behav.* 2001;15:210-8
92. SWAHN MH, DONOVAN JE. Predictors of fighting attributed to alcohol use among adolescent drinkers. *Addict Behav.* 2005;30:1317-34
93. LAVENTURE M, DERY M, PAUZE R. Consommation des psychotropes et persistance du trouble des conduites chez l'adolescent. *Alcoologie et Addictologie.* 2006 ; 28 (3) :223-230
94. SELJAMO S, AROMAA M, KOIVUSILTA L, RAUTAVA P, SOURANDER A, HELENIUS H, SILLANPAA M. Alcohol use in families: a 15 year prospective follow-up study. *Addiction.* 2006, 101: 984-992
95. WILLS TZ, VACCARO D, MC NAMARA 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; 20:349-79
96. FISHER LB, WILLIAMS MILES I, AUSTIN B, CAMARGO CA, COLDITZ GA. Predictors of initiation of alcohol use among US adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007 Oct; 161: 959-966
97. MAHLER V. Quand le marketing cible les jeunes. In: *Souriez, vous êtes ciblés.* Paris : Albin Michel, 2007 :132-49
98. GARFIELD CF, CHUNG PJ, RATHOUZ PJ. Alcohol advertising in magazines and adolescent readership. *JAMA.* 2003 May; 289 (18):2424-9
99. KARILA L, COUTERON J, REYNAUD M. Stratégies de repérage et d'évaluation de l'usage nocif du cannabis. In: REYNAUD M. *Cannabis et santé.* Paris: Flammarion, 2004:153-63
100. KNIGHT JR, SHERITT L, SHRIER LA, HARRIS SK, CHANG G. Validity of the CRAFFT Substance Abuse Screening, Test among adolescent clinic Patients. *Arch Pediatr Adolesc.* 2002 Jun; 156 (6) : 607-614
101. RADHERT E. *Adolescent Assessment Referral System Manual.* Washington, DC: National Institute on Drug Abuse, 1991
102. PICARD V, REYNAUD M, GERBAUD L, CLEMENT G, PERTHUS I. Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool. *Rev Prat MG* 2002 ;573 :699-703

103. KARILA L, LEGLEYE S, BECK F, CORRUBLE E, FALISSARD B, REYNAUD M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif de l'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. *Presse Med.* 2007; 36:582-90
104. KNIGHT JR, GOODMAN E, PULEWIRTZ T, DURANT RH. Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. *J Adolesc Health.* 2001;29:125-30
105. MAYER J, FILSTEAD WJ. The adolescent alcohol involvement scale. An instrument for measuring adolescent s' use and misuse of alcohol. *J Stud Alcohol.* 1979; 40 (3): 291-300
106. MUSZLAK M, PICHEROT G. Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences. Une enquête prospective française. *Alcoologie et addictologie.* 2005 ; 27(1) :5-12
107. GACHE P, MICHAUD P, DAEPPEN JB, LANDRY U, ACCIETTO C, ARFAOUI S, BERNSTEIN M. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005 Nov; 29 (11):2001-7
108. GUYON L, LANDRY M. Histoire d'un outil de dépistage attendu: la DEP- ADO. *Action Tox.* 2001 ; 1 (10) :5-6
109. FRIEDMAN AS, UTADA A. A method for diagnosis and planning the treatment of adolescent drug abusers. The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) instrument. *J Drug Educ.* 1989; 19 (4):285-312
110. BOLOGNINI M, LAGET J, PLANCHEREL B, CHINET L, ROSSET V, HALFON O. Abus de substance à l'adolescence: présentation d'une version française de l'ADAD. *Ann Med Psychol.* 2000 ; 158 (8) :632-42
111. LANDRY, M., GUYON, L., BERGERON, J., PROVOST, G. Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. *Alcoologie et Addictologie.* 2002, 24 (1) : 7-13
112. MEROPOL SB, MOSCATI RM, LILLIS KA, BALLOW S, JANICKE DM. Alcohol-related injuries among adolescents in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 1995;26:180-186
113. BARNETT NP, SPIRITO A, COLBY SM, VALLEE JA, WOOLARD R, LEWANDER W et al. Detection of alcohol use in adolescent patients in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 1998 Jun;5 : 607-12.

114. KOZER E, BAR-HAMBOURGER R, ROSENFELD N, ZDANOVITCH I, BULKOWSTEIN M, BERKOWITCH M. Illicit Drug and Alcohol Users Admitted to the Pediatric. *Isr Med Assoc J*. 2008 Nov; 10(11);779-82
115. BOUQUIER JJ, BROUCHET J. Existe-t-il une limite d'âge des patients dans l'exercice de la pédiatrie. Rapport du Conseil National d'Ordre des Médecin. Mars 1998. <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/pediatrie.pdf>
116. INSEE. Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle. Tableaux de l'Economie Française. Juin 2008. http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2&sous_theme=1
117. WOOLFENDEN S, DOSSETOR D, WILLIAMS K. Children and adolescents with acute alcohol intoxication/Self-poisoning presenting to Emergency Department. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:345-348
118. SELJAMO S et al. Alcohol use in families: a 15 years prospective follow-up study. *Addiction*. 2006 Jul; 101:984-992
119. SIMONS-MORTON B. Prospective association of peer influence, school engagement, drinking expectancies, and parent expectations with drinking initiation among sixth graders. *Addict Behav*. 2004 Feb; 29: 299-309
120. BRADLEY et al. Effect of patient priming and primary care provider prompting on adolescent-provider communication about alcohol. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157:433-439
121. KAMINER Y, BURLESON JA, BURKE RH. Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: a randomized controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Dec;47(12):1405-12
122. ASSEMBLEE NATIONALE. Projet de loi portant sur portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/projets/pl1210.pdf>
123. TAPERT S et al. Altered white matter integrity in adolescent binge drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009 Apr. Disponible sur : <http://www3.interscience.wiley.com/bases-doc.nancy-universite.fr/cgi-bin/fulltext/122343078/PDFSTART>

VU

NANCY, le 2 juin 2009
Le Président de Thèse

Professeur M. SCHMITT

NANCY, le 4 juin 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 8 juin 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RESUME DE LA THESE

Le sujet s'intègre dans les suites de la rédaction par l'ANAES des recommandations sur l'intoxication éthylique aiguë et l'adoption récente d'un texte de loi comportant l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs.

L'objectif étant de répondre aux questions suivantes : L'éthylisme aigu est-il un phénomène grave et quels sont les adolescents concernés ? Leur admission aux urgences est-elle le fruit d'une situation plus grave ? Comment peut-on repérer les situations à risque d'évolution vers une dépendance ? Peut-on repérer les adolescents abuseurs ou dépendants d'alcool, donc alcooliques ? Et quelle est la prise en charge la plus appropriée ?

Matériel et Méthodes : Une étude rétrospective de type descriptive a été menée dans deux services d'accueil des urgences : celui de l'Hôpital d'Enfants et celui de l'Hôpital Central. Ont été inclus, les enfants de 10 à 18 ans atteints de troubles du comportement après l'ingestion d'une boisson alcoolisée. L'analyse a été réalisée à partir de deux questionnaires : le premier explorait la prise en charge de l'ivresse aiguë aux urgences, le second visait à analyser les caractéristiques de l'adolescent admis pour ce motif.

Résultats : 58 dossiers ont été recensés. 44 familles, soit 75,8% des dossiers ont pu être contactées ce qui a permis de compléter les données sociologiques. L'âge moyen des adolescents est de 15ans et 7 mois. Aucune spécificité du contexte sociologique de ces adolescents n'a pu être mise en évidence. 6,8 % des adolescents ont présenté une récurrence d'ivresse d'aiguë.

Conclusion : Les adolescents sont principalement abuseurs d'alcool mais pas dépendants. Pour la majorité, il s'agit d'un rituel initiatique. Cette problématique concerne les adolescents, quel que soit leur milieu social, les actions de préventions devront donc concerner l'ensemble de la population adolescente.

TITRE EN ANGLAIS :

Adolescents and alcohol: a study carried out in the Emergency Department of the University Hospital of Nancy.

THESE: MEDECINE GENERALE – ANNEE 2009

MOTS CLES:

Alcool, Adolescent, Facteurs de risque, Dépistage, Prévention

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex