



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

Joseph BALLAND

le 09 décembre 2011

Facteurs de risque de mésusage d'alcool chez les adolescents :
A propos d'une étude dans le service de pédiatrie d'Épinal d'aout 2010 à avril
2011

Examineurs de la thèse :

M. PAILLE François	Professeur	Président
M. MONIN Pierre	Professeur	Juge
M. KABUTH Bernard	Professeur	Juge
M. KRIER André	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNE
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Asseseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

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

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

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

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

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

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**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 – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

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

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

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

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 P. MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

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 Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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 Aude BRESSENOT

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

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

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

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*

Docteur Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur Lina BOLOTINE

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

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

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

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

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 Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

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

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

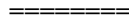
Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON



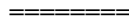
PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN (*à c. 1.12.2011*) - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET Professeur Michel VIDAILHET



DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

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 (VIËTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de Thérapeutique (option clinique)

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

Vous avez été pour nous un conseiller éclairé.

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

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Pierre MONIN

Professeur de Pédiatrie

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

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

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur de Pédopsychiatrie

*Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites
en acceptant de juger ce travail.*

*Veillez trouver ici le témoignage de notre
sincère reconnaissance.*

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur André KRIER

Praticien Hospitalier en Pédiatrie au Centre Hospitalier Général d'Épinal

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

*Votre aide fut précieuse
et votre dévouement sans faille,
dimanche et jours fériés compris.*

*Nous espérons que ce travail sera à la hauteur
de vos attentes.*

*Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde
reconnaissance et de notre sincère amitié.*

A Marie mon épouse,
Pour son amour quotidien, pour me supporter dans les moments plus difficiles,
et exalter les instants de bonheur.

A Sybille ma fille.

A mes parents,
Pour leur soutien et leur confiance pendant toutes ces années.

A ma sœur Agathe,
Pour sa bonne humeur, sa « patate », et son soutien inconditionnel depuis
toujours !

A mon frère Dimitri,
Pour garder le cap et la motivation en tout temps.

A Martine et Jean-Pierre,
Pour leur présence et leur bienveillance, pour la cuisine de Martine et le plaisir
de se rassembler à Lunéville, pour leur contribution dans le travail de relecture.

A tous les membres de ma famille,

à Grand maman, Grand papa, à mamie et mamie Renée.
à mes oncles et tantes.
à mes beaux-frères et belles-sœurs.
à mes cousins et cousines.

Aux fidèles,
Serge, Martin, Jean, Guillaume, mes témoins et amis, à tous ces bons moments
passés et à venir.

A tous mes amis, qui se reconnaîtront.

A ceux qui m'ont aidé dans ce travail :

Dr. Françoise POPELARD, avec qui le sujet a pris forme.

Dr. Jean-Joseph MAGLIA.

Dr. Jean-Baptiste BICHAT pour son précieux coup de pouce de dernière minute.

Mes co-internes de Pédiatrie.

Et toute l'équipe soignante.

SERMENT

"Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque".

Table des matières

I) Introduction	1
II) L' adolescence et les adolescents	10
<i>1) Quelques repères</i>	11
1.1 Une étape de la vie, des définitions	11
1.2 Les transformations de l'adolescence	12
1.2.1 La puberté	12
1.2.2 Le travail psychique de l'adolescence	15
1.3 Le complexe d'œdipe	20
1.3.1 Introduction	20
1.3.2 Mythologie	20
1.3.3 Complexe d'œdipe et stades psychoaffectifs	21
1.4 Anthropologie de l'adolescence	25
1.4.1 Introduction	25
1.4.2 Le sens du rite de passage dans les sociétés traditionnelles	26
1.4.3 Complexe d'œdipe ou la mort symbolique du rite initiatique	30
1.4.4 Rites de passage dans les sociétés contemporaines	33
1.5 Les conduites à risques, passage obligé?	35
1.5.1 Étymologie du mot risque et concept de conduite à risque	35
1.5.2 Adolescence et risque	36
1.5.3 Typologies des risques à l'adolescence	37
1.5.4 Les conduites à risques, équivalence moderne de rite de passage ?	39
<i>2) Médecine de l'adolescent et intérêt d'un dossier médical spécifique</i>	43
2.1 Principes généraux de la médecine de l'adolescent	43
2.2 Intérêt d'un dossier médical spécifique, exemple du CH d'Épinal	44
2.2.1 Introduction	44
2.2.2 Principes du dossier adolescent	44

2.2.3 Le « dossier général » adolescent	45
<i>3) Adolescence et addiction</i>	51
3.1 Concepts théoriques	51
3.2 Critères de dépendance de la DSM-IV	52
3.3 Dépendance aux substances et dépendance comportementales, l'exemple de la cyberdépendance	54
III) La consommation d'alcool chez l'adolescent	56
<i>1) Alcool et généralités</i>	57
1.1 L'alcool en France	57
1.2 Classifications des conduites d'alcoolisation	59
1.2.1 Le non usage	59
1.2.2 L'usage	60
1.2.3 Le mésusage	60
1.2.3.1 L'usage à risque	60
1.2.3.2 L'usage nocif	61
1.2.3.3 Usage avec dépendance	62
<i>2) Quelques chiffres : résumé des enquêtes épidémiologiques</i>	64
2.1 Au niveau européen	64
2.2 Au niveau national	65
2.3 Au niveau régional	66
<i>3) Spécificité de la consommation d'alcool à l'adolescence</i>	71
3.1 Historique de la consommation d'alcool chez les adolescents	71
3.2 Les différents modes de consommation à l'adolescence	72
3.3 Et le binge drinking ?	75
3.4 L'alcool vu par les adolescents	80
3.5 Pour quels risques?	81
3.5.1 Les risques somatiques	81

3.5.2	Alcoolisation et équivalent suicidaire	84
3.5.3	Risques évolutifs du mésusage d'alcool à l'adolescence	86
3.6	Marketing et législation au regard des mineurs	86
3.6.1	Marketing ciblé	86
3.6.2	Législation	89
4)	<i>Facteurs de risque de mésusage d'alcool à l'adolescence</i>	92
4.1	Le corps et le psyché ou les facteurs individuels	92
4.1.1	Le genre	92
4.1.2	Puberté précoce	92
4.1.3	Facteurs psychologiques	93
4.1.4	Recherche de sensations, trouble du comportement et impulsivité	94
4.2	Les facteurs environnementaux	95
4.2.1	La famille	95
4.2.2	Les pairs	96
4.2.3	La scolarité	97
4.3	Modalités de consommation à risque	98
4.3.1	Précocité	98
4.3.2	Cumul de substances psycho-actives	98
4.3.4	Consommation auto-thérapeutique	99
5)	<i>Alcool et prévention</i>	100
5.1	Principes généraux de prévention du risque	100
5.2	Synthèse des recommandations	102
5.2.1	IAA : recommandations HAS	102
5.2.2	Académie Nationale de Médecine	104
5.2.3	La prise en charge et la prévention des addictions – plan 2007-2011	106
5.3	Intérêt d'un test de dépistage	108
5.3.1	Introduction	108
5.3.2	CRAFT-ADOSPA	108
5.4	Différents types de consommations pour différents niveaux de prévention	112

5.4.1 Introduction	112
5.4.2 Consommation festive	112
5.4.3 Mésusage d'alcool	113
5.4.4 Cas particulier de l'usage auto thérapeutique	115
5.5 Prévention au sein de l'Éducation Nationale	115
5.6 Prévention en médecine générale	118
5.7 La maison des adolescents	121
IV) Étude clinique : Étude des facteurs de risque de mésusage d'alcool des adolescents hospitalisés pour IIA dans le service de pédiatrie d'Épinal d'aout 2010 à avril 2011	122
<i>1) Description de l'étude</i>	123
1.1 Objectif de l'étude	123
1.2 Population et méthode	123
1.2.1 Schéma d'étude et déroulement de l'enquête	123
1.2.2 Population étudiée	123
1.2.3 Dans un lieu donné : Épinal	124
1.2.4 Documents d'enquête et analyse des données	125
1.2.4.1 Recueil de données à travers le dossier adolescent couplé au questionnaire ADOSPA	125
1.2.4.2 Analyse statistique	126
<i>2) Résultats</i>	127
2.1 Caractéristiques générales de la population et distribution des scores du questionnaire ADOSPA	127
2.1.1 Jour et heure d'admission	127
2.1.2 Personne accompagnante	129
2.1.3 Alcoolémie, score de Glasgow et toxique urinaire	129
2.1.4 Durées d'hospitalisation	130
2.1.5 Distribution des scores ADOSPA	132
2.2 Exploitations des données : Facteurs de risque de mésusage d'alcool ADOSPA usage nocif versus non nocif	133

2.2.1 L'âge et le genre	133
2.2.2 Notion d'antécédents de trouble de l'humeur et anxiété	134
2.2.3 Consommation auto thérapeutique	135
2.2.4 Déscolarisation	135
2.2.5 Les difficultés familiales	135
2.2.6 Consommation précoce	135
2.2.7 Notion d'autre conduite à risque	136
2.2.8 Consommation d'autres toxiques	136
2.3 Synthèse des résultats	137
3) <i>Discussion</i>	138
3.1 Limites de l'étude	138
3.2 Discussion des résultats	139
3.2.1 L'âge et le genre	140
3.2.2 Jour et heure d'admission	140
3.2.3 Personne accompagnante	141
3.2.4 Alcoolémie, score de Glasgow et recherche de toxiques urinaires	141
3.2.5 Durées d'hospitalisations	142
3.2.6 Résultats et distribution des scores au questionnaire ADOSPA	145
3.2.7 Consommation d'autre(s) toxique(s)	146
3.2.8 Facteur de risque pour lesquels il n'a pas été mis en évidence de différence significative	147
3.3 Intérêt d'un dossier adolescent consacré à l'intoxication alcoolique aiguë ?	148
3.4 Le dossier adolescent intoxication alcoolique aiguë (IAA)	152
V) Conclusion	156

<u>Annexes</u>	160
1) <i>Classification de Tanner</i>	161
2) <i>Questionnaire Audit</i>	162
3) <i>Score de Glasgow et questionnaire Face</i>	163
4) <i>Recommandations ANAES 2001</i>	164
5) <i>Dossier adolescents général, dossier tentative de suicide, dossier symptômes flous et malaises, les indispensables</i>	165
6) <i>Questionnaire ADOSPA modifié</i>	180
<u>Bibliographie</u>	181

I) Introduction

Réaliser une thèse sur l'adolescence, l'idée nous a de suite inspirés. En effet, c'est une période dynamique, le temps des métamorphoses.

L'enjeu est majeur : la construction de l'individu autonome tant sur le plan matériel que psychique.

Pour commencer, nous essayerons de répondre à la question qu'est-ce-que l'adolescence?

Comme le dit Véronique Bedin, directrice des éditions Sciences Humaines, il convient de distinguer **l'adolescent** lui-même - l'individu singulier qui, à l'âge de la puberté, vit de profonds bouleversements physiques et psychiques - de **l'adolescence**, un ensemble de représentations collectives liées à cette classe d'âge et qui varient selon les sociétés et les générations (18).

La recherche identitaire inhérente à cette période de la vie, processus « physiologique », peut devenir source de mal-être dans environ 15% des cas (31). L'adolescence devient alors période de souffrance psychique, souffrance qui peut se manifester par certaines formes de prise de risques, dont la consommation excessive d'alcool.

Nous nous intéresserons particulièrement à une modalité de consommation en recrudescence, le **binge drinking**, et tenterons de donner un modèle explicatif en intégrant au préalable la notion de conduite à risque comme équivalent moderne de **rite de passage**.

Ce motif d'hospitalisation, d'une incidence croissante, a retenu notre attention au cours du stage de pédiatrie au Centre Hospitalier Général d'Épinal. En effet, le nombre d'hospitalisations pour ce motif a été multiplié par 4 en 10 ans ; 13 adolescents en 2000, 21 en 2005 et 45 en 2010.

Au niveau national, les cas d'hospitalisations d'adolescents pour un motif lié à l'alcool ont augmenté de 50% entre 2004 et 2007, d'après l'enquête ESCAPAD de 2008 (71).

Dans le service d'Épinal est mis en place depuis 2007 un dossier médical d'hospitalisation pour adolescents, dont la finalité vise une démarche diagnostique globale médico-psycho-sociale.

Le temps de l'interrogatoire prend ici tout son sens en essayant d'évaluer le bien être de l'adolescent dans son corps, son esprit, dans sa famille et enfin dans la société (63).

Nous essayerons de comprendre pourquoi ce type de prise en charge globale est indispensable en matière de mésusage d'alcool.

Dans un **second temps**, nous aborderons plus spécifiquement la question de la consommation d'alcool à l'adolescence, pour introduire l'une des questions de fond de cette thèse à savoir « **existe-t-il des facteurs de risque d'usage nocif d'alcool chez l'adolescent?** ».

Après un rappel théorique sur le produit, ses modalités de consommation et la législation afférente, nous nous attarderons sur les facteurs de risque associés dans la littérature et la prévention du mésusage d'alcool chez l'adolescent. On citera à dessein l'intérêt du questionnaire ADOSPA dont l'utilité dans le dépistage de l'usage nocif d'alcool chez l'adolescent est validé et que nous avons exploité dans ce travail de thèse (60).

La **dernière partie** de cette thèse est consacrée à la présentation du travail de terrain réalisé qui a pour intitulé « Étude des facteurs de risque de mésusage d'alcool des adolescents hospitalisés pour ivresse aiguë dans le service de pédiatrie d'Épinal d'aout 2010 à avril 2011 ».

L'objectif de cette étude est de comparer l'existence de facteurs de risque de mésusage d'alcool reconnus dans deux populations ; l'une présentant un risque faible d'usage nocif d'alcool (ADOSPA<2) et l'autre un risque modéré à élevé d'usage nocif (ADOSPA> ou égal à 2).

Le but est double. D'une part évaluer la pertinence de ces facteurs de risque dans notre population.

D'autre part étendre l'intérêt de l'utilisation du questionnaire ADOSPA pour le dépistage systématique du mésusage d'alcool en soin primaire.

Pour conclure, la question à laquelle il faut répondre dans cette situation peut se résumer ainsi :

« S'agit-il d'une **consommation occasionnelle** dont les effets auraient dépassé les limites -une erreur de jeunesse en somme- ou au contraire s'agit-il d'une **consommation à risque voire déjà nocive** ? Et quelle prise en charge proposer dans chaque cas ?».

La finalité de cette thèse est de proposer une **démarche** pouvant aider à faire face à ces situations.

II) L'adolescence et les adolescents

1) Quelques repères

1.1 Une étape de la vie, des définitions

Le mot adolescence vient du latin « **adulescens** »: « qui croit, qui grandit » par opposition à « **adultus** » qui a fini de grandir.

Cette période de transition est marquée par de profondes transformations biologiques, psychologiques et sociales, elles-mêmes sous l'influence d'un contexte socio-culturel donné.

La difficulté à définir l'adolescence autrement qu'étymologiquement tient pour partie au fait qu'elle n'est nullement consensuelle car elle varie selon les observateurs et les époques.

Tout d'abord il conviendrait de distinguer ce que vit « l'adolescent », individu singulier confronté à la tourmente pubertaire et au passage à l'âge adulte, de « l'adolescence », concept introduit au XVI^e siècle progressivement puis surtout au XVIII^e et XIX^e siècle.

En effet, si l'on peut affirmer que depuis l'avènement de l'humanité tous les enfants du monde passent par cette étape de la vie qui les voient grandir, mûrir et devenir adulte, il n'en est pas moins vrai que l'adolescence en tant que concept diffère grandement selon l'observateur et les époques.

Le point commun entre ces différents concepts est de définir l'adolescence comme « **expérience du changement** » et comme étape de transition de l'enfance à l'âge adulte. Ce sont ces différentes approches qu'il semble intéressant d'aborder ici.

Pour l'historien et le sociologue, l'adolescence s'inscrit dans un contexte social et culturel, et même comme fait social, avec ses codes, ses normes et ses modes.

Pour certain psychanalystes, c'est le corollaire psychique de la puberté physiologique.

Les médecins ont une approche biologique, comportementale et psychologique de l'adolescent, que nous aborderons plus longuement par la suite.

Dans ce travail, nous avons choisi de développer l'approche anthropologique et psychanalytique de l'adolescence, celle qui permet le mieux à nos yeux de comprendre les enjeux de cette période et de les transcender dans le temps et l'espace (98) (3).

1.2 Les transformations de l'adolescence

1.2.1 La puberté

1.2.1.1 Introduction

La puberté, du latin *pubescere*, se couvrir de poils, est la période de la vie au cours de laquelle est acquise la fonction de reproduction et du développement des caractères sexuels secondaires. L'apparition des premiers signes marque le début de l'adolescence. La puberté se termine lorsque la fonction de reproduction (cycles ovulatoires chez la fille et spermatogenèse chez le garçon) est acquise.

1.2.1.2 Mécanismes d'initiation de la puberté

La Gonadotropin releasing hormone (GnRH) est un décapeptide synthétisé par des neurones hypothalamiques.

Sa sécrétion est pulsatile, elle induit la synthèse hypophysaire et la sécrétion pulsatile des gonadotropines LH et FSH, qui à leur tour induisent la sécrétion des stéroïdes sexuels par les gonades.

La puberté résulte de l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique et de la production de testostérone et d'œstrogène. Les organes cibles sont les testicules chez le garçon et les ovaires chez la fille, ainsi que le développement des caractères sexuels secondaires et l'accélération de la croissance (5).

1.2.1.3 Description clinique

L'âge de début de ces changements et la vitesse de passage d'un stade de développement au suivant varie beaucoup d'un enfant à l'autre. Mais une fois initiés, les changements pubertaires progressent selon une séquence relativement constante. Il en résulte que les adolescents d'une même classe d'âge manifestent une hétérogénéité considérable de taille et de développement morphologique, physiologique et psychologique.

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

-Chez les filles : 11ans +/- 2DS, soit de 8 ans et demi à 14 ans

-Chez le garçon : 12 ans +/- 2DS, soit de 9 ans et demi à 15 ans

Le premier signe de puberté chez les filles est l'apparition du bourgeon mammaire (thélarche), suivie six mois plus tard d'une pilosité sur les grandes lèvres, puis sur le pubis (pubarche). L'apparition des premières règles (ménarche) est un événement tardif de la puberté et survient en moyenne 2 ans après l'initiation des changements pubertaires.

Chez le garçon, le premier signe pubertaire est l'augmentation de volume des testicules. Ensuite la pilosité pubienne apparaît, le scrotum se pigmente et le pénis grandit. Le développement de la pilosité faciale et corporelle est relativement tardif : duvet de la lèvre supérieure vers 15 ans, joue vers 16 ans, puis menton. La pilosité du thorax ne sera complète que plus tard (jusqu'à 25 ans et plus).

Dans les deux sexes, l'augmentation très rapide de la masse du corps et de la taille est remarquable. La puberté vient rompre la croissance linéaire que connaît l'enfant depuis l'âge de 3-4 ans (environ 5cm/an). D'importantes modifications osseuses se produisent au niveau des ceintures : élargissement du diamètre osseux des épaules (diamètre bi-acromial) chez le garçon et élargissement de la taille du bassin (diamètre bi-iliaque) chez la fille.

La masse musculaire s'accélère considérablement chez le garçon. La proportion de masse grasse s'accroît chez la fille, avec une répartition différente selon le sexe.

1.2.1.4 Classification de Tanner

Tanner en 1962 a proposé cette classification qui découpe en 5 stades successifs et indépendants la progression pubertaire. Elle reste aujourd'hui la méthode d'évaluation la plus utilisée. Le stade 1 représente l'état infantile, le stade 5 l'état adulte et les trois stades intermédiaires ceux du développement pubertaire proprement dit (100). (cf annexe 1)

1.2.2 Le travail psychique de l'adolescence

1.2.2.1 Introduction

L'importance des changements corporels n'a d'égal que la profondeur du bouleversement psychique qui en découle. La question fondamentale à laquelle l'adolescent est confronté pourrait se résumer ainsi : « Comment vais-je faire avec un corps nouveau, des capacités de reproduction, et des désirs sexuels et des pulsions agressives? Que vais-je faire de tout cela? » (16). Et sa réciproque : « Comment faire pour que les autres - la famille et la société - intègrent mon changement et reconnaissent mon individualité? ».

En fait, tout au long de sa lente métamorphose, l'adolescent s'efforce d'atteindre trois objectifs essentiels : la pleine **acceptation de son corps sexué**, la **rupture des liens de dépendance à ses parents** et la **projection dans l'avenir**.

La finalité étant d'aboutir à une maturité adulte. Cela nécessite une exigence de travail psychique complexe, conflictuel sinon paradoxal, d'intégration de contraintes multiples.

Contraintes internes, à commencer par celles liées au soma et aux bouleversements pulsionnels entraînant une sexualisation 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 symbolique et matériels (74). On préfère aujourd'hui parler de « travail psychique lié à l'adolescence » plutôt que de « crise d'adolescence », terme utilisé dans les années 60 et 70 qui a une connotation péjorative.

1.2.2.2 Assumer son corps sexué

Il y a bien ici deux sous problématiques : celle de l'**intégration de la transformation pubertaire** d'une part et celle de l'**identité sexuelle** d'autre part.

Les changements corporels se traduisent par toutes sortes de doutes comme en témoignent l'attention portée au corps, les inquiétudes sur ses différentes parties, les éventuelles craintes d'allure dysmorphophobique.

Si l'adolescent passe de longues heures dans la salle de bain, ce n'est pas tant pour se laver que pour effectuer un travail de reconnaissance, de réappropriation quotidienne de son corps, comme le souligne D. Marcelli.

En outre, l'émergence d'un sexe spécifique et imposé lors de la puberté implique le développement de l'identité sexuée et doit aboutir à reconnaître la dimension d'incomplétude et le besoin de l'autre. On peut dès à présent noter que le ressenti de ce manque directement issu de la transformation pubertaire et de la définition sexuelle du corps peut conduire à deux des axes psychopathologiques essentiels de l'adolescence : d'un côté la problématique de la perte et de la **dépression**, et de l'autre, celle de la **dépendance** et des recherches de substitution.

1.2.2.3 Subjectivation et individuation

L'enjeu est ici d'acquérir une autonomie psychique. L'adolescent doit s'émanciper de la pensée parentale, seule référence jusqu'alors, pour tenter de construire sa propre réflexion. On aperçoit ici le paradoxe de cette quête d'indépendance : l'adolescent doit se séparer de ses parents pour s'affirmer en même temps qu'il a besoin de s'identifier à eux.

Ceci incarne le **paradoxe** fondamental du développement psychique en ce sens que pour être soi, on a besoin d'aller vers les autres et qu'en même temps pour s'en différencier et être soi, on doit s'en détacher (63). Ce **travail psychique de séparation** pour devenir sujet à part entière est la « **subjectivation** ». Le psychanalyste R. Cahn 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 (...) » (28).

Le concept de **séparation-individuation** a été introduit par P. Blos (20). Il comporte deux phases :

La **première phase** de séparation/individuation (**nourrisson**) Elle fait référence à deux processus concomitants :

- Processus de séparation qui permet au nourrisson de sortir de la fusion mère/enfant. Ce processus fait appel à la création d'un espace psychique « transitionnel » où l'enfant imagine la figure maternelle absente (avec l'aide éventuelle d'un objet transitionnel).

- Le processus d'individuation par lequel le bébé se rend compte qu'il est un être à part entière, différent de sa mère. C'est le stade du miroir où le bébé se reconnaît et sourit à lui-même.

La **deuxième phase** de séparation/individuation (**adolescence**) fait également référence à deux processus concomitants :

- Processus de deuil de l'enfance et des parents idéaux de l'enfance. Le jeune doit se défaire, se dégager du cocon de l'enfance.

- Processus d'identification : l'adolescent recherche des sources d'identification extérieures à sa famille comme la bande, le groupe d'amis/amies ou encore l'adulte « mentor » voire la star...

La seconde phase est également appelé travail de **désengagement du lien à l'objet œdipien**. 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 M. Laufer (67), et peut ainsi initier certaines pathologies de la **dépendance**.

1.2.2.4 Le cercle social et la projection dans l'avenir

La troisième mutation concerne la projection dans l'avenir, qui nécessite deux mouvements indissociables : la recherche d'un **idéal du moi**, c'est-à-dire d'une image future de soi satisfaisante, mais aussi le déploiement vers de nouvelles relations sociales ou, en termes psychanalytiques, de **nouvelles « relations d'objet »**.

L'idéal du moi est l'héritier de l'adolescence , comme le Surmoi est l'héritier du complexe d'œdipe (21). Cela passe par une remise en cause de l'autorité parentale.

La **subjectivation** ou travail de création de soi, peut, de ce point de vue, être comprise comme la tentative du sujet de s'extraire du désir de l'autre en désengageant le surmoi infantile de l'ombre portée du surmoi des parents pour parvenir à un idéal (du moi) ressenti comme l'expression d'un désir propre. En un mot, l'enjeu est d'obéir à des valeurs et non plus à une personne, s'émanciper de la dépendance infantile à l'égard de ses parents (17).

D'autre part, l'adolescent s'éloigne de ses parents parce qu'il est poussé par le besoin, le désir, l'espoir de découvrir de **nouveaux objets d'amour**, des « objets » qui le mettent à l'abri de la menace incestueuse.

Dans cette perspective, le rôle des relations aux pairs dans un premier temps, puis de la relation amoureuse, est primordiale. Il s'agit d'abord d'être entre pairs du même sexe pour s'éprouver et se reconnaître dans son sexe d'appartenance, pour ensuite intégrer la différence des sexes et des désirs. La notion d'**altérité du désir** caractérise le dépassement du stade de l'enfance.

A ce stade, on peut d'ores et déjà noter la présence d'une **menace addictive**. En effet, il arrive que l'adolescent déplace la dépendance infantile douloureuse et subie vers une dépendance active et recherchée à l'égard de produits, de conduites, de sensations. Si ces conduites ont souvent, dans un premier temps, la signification d'une recherche d'expérience vécue et de limite, leur répétition et leur escalade inscrivent l'individu dans un « **processus de dépendance** », dont le rôle est en général de *faire l'économie du travail psychique* précédemment décrit (3).

1.3 Le complexe d'œdipe

1.3.1 Introduction

Bien que sujette à controverse, la théorie du **complexe d'œdipe** est reconnue comme étant fondamentale au cours du développement psychique de l'individu.

On peut la définir comme étant le **désir inconscient d'inceste** d'une part, et de **parricide** d'autre part, dont l'interdit et le refoulement sont au principe de toutes les civilisations, sans exception.

Théorisée pour la première fois par Sigmund FREUD, qui a dit avoir découvert au cours de son auto-analyse en la rapprochant de l'histoire du héros grec Œdipe, personnage de la mythologie, telle qu'elle est narrée par le dramaturge Sophocle dans la pièce *Œdipe roi* principalement.

Le neurologue viennois explique ainsi : « J'ai trouvé en moi comme partout ailleurs des sentiments d'amour envers ma mère et de jalousie envers mon père, sentiments qui sont, je pense, communs à tous les jeunes enfants ». Et d'ajouter : "Chaque auditeur fut un jour en germe, en imagination, un Œdipe, et s'épouvante devant la réalisation de son rêve transposé dans la réalité, il frémit suivant toute la mesure du refoulement qui sépare son état infantile de son état actuel".

1.3.2 Mythologie

Dans la mythologie grecque, Œdipe est le fils de Laïos et de Jocaste, souverains de la ville de Thèbes. Un oracle prédit à Laïos qu'il sera plus tard tué par son propre fils. Effrayé, Laïos décide d'abandonner Œdipe dans la montagne.

Un berger trouve l'enfant et le confie au roi de Corinthe, Polybos, qui l'élève comme son propre fils, sans toutefois lui révéler le secret de ses origines. C'est lui qui le nomme Œdipe. Un nouvel oracle prédit ensuite à Œdipe qu'il sera le meurtrier de son père. Ignorant que Polybos n'est pas son père biologique, il quitte Corinthe pour que la prédiction ne puisse se réaliser. Pendant son voyage, il rencontre Laïos et ses serviteurs et tue alors son vrai père, qu'il prend pour le chef d'une bande de voleurs de grands chemins.

Lorsqu'il arrive à Thèbes, but de son voyage, il ne peut entrer dans la ville car un monstre, le Sphinx, en empêche l'accès, tuant et dévorant tous les voyageurs incapables de résoudre l'énigme qu'il leur propose. « Qui a quatre pattes le matin, deux le midi et trois le soir ? ». Œdipe, rusé, parvient à trouver la solution et défait le monstre. Œdipe devient dès lors un héros adulé par les habitants de la ville, qui finissent par le proclamer roi et lui donnent comme femme la veuve de Laïos, Jocaste, sa propre mère (81).

Freud voit donc dans ce mythe l'illustration idéale des désirs extrêmes infantiles : « nous donnons le nom de « complexe d'Œdipe » parce que la légende qui a pour héros Œdipe réalise, en ne leur imprimant qu'une très légère atténuation, les deux désirs extrêmes découlant de la situation du fils : **le désir de tuer le père et celui d'épouser la mère** ».

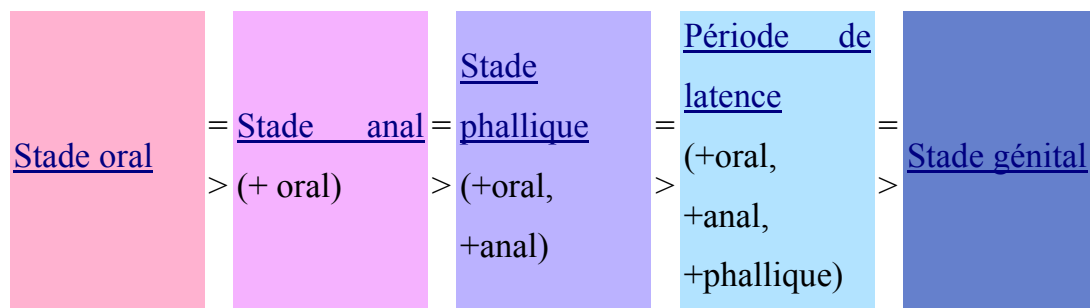
1.3.3 Complexe d'œdipe et stades psychoaffectifs

Selon Freud, tel qu'il le décrit dans son essai « **L'Organisation génitale infantile** » (1923), l'élaboration du complexe d'Œdipe représente une étape constitutive du développement psychique des enfants.

Le désir envers la mère trouve en effet son origine dès les premiers jours de la vie et conditionne toute sa psychogenèse. La mère est, d'une part, la « nourricière », et, d'autre part, celle qui procure du plaisir sensuel, via le contact avec le sein et à travers les soins corporels. L'enfant, qu'il soit fille ou garçon, en fait donc le premier objet d'amour qui restera déterminant pour toute la vie amoureuse.

Cette **relation objectale** est ainsi investie de **sexualité**.

Cet amour d'objet se déploie donc en **cinq « phases » libidinales**. La notion de « phase » ou de « stade » n'est pas à prendre au sens littéral. Elle signale la primauté d'une zone érogène particulière mais n'implique pas que le processus se déroule de manière mécanique et linéaire. Tout au plus peut-on admettre qu'une phase succède à l'autre dans l'ordre décrit. Le complexe d'Œdipe se déploie donc à travers ces phases en fonction de leurs propriétés propres qui s'enchevêtrent pour constituer un **agrégat de pulsions**, nommé « complexe » d'Œdipe qui, pour les freudiens, trouve son apogée vers l'âge de 5 ans.



			De 3 ans à 7		
Jusqu'à 18 mois	De 18 mois à 3 ans	ans		Dès 7-8 ans	Adolescence
		Situation œdipienne			

La « **phase orale** » constitue l'organisation psychique du premier lien. La nourriture qui passe par la bouche est en effet la première origine de sensualité. Le plaisir produit par les zones érogènes s'étaye sur ce lien vital puis s'en éloigne, par exemple lors des préliminaires sexuels des adultes. On différencie la « phase orale de succion » de la « phase orale de morsure » qui inaugure une manifestation d'agressivité reposant sur l'ambivalence inhérente à la relation d'objet.

Ensuite, la « **phase anale** », allant de 1 à 3 ans environ, est liée au plaisir de contrôler ses voies d'excrétion.

La « **phase phallique** » (ou « génitale infantile »), de 3 à 6 ans environ, est liée à la masturbation. Elle connaît l'émergence puis le conflit œdipien dans sa phase la plus aiguë.

La « **phase de latence** » s'étale ensuite de 6 ans à la pré-adolescence, et correspond au **déclin du complexe d'Œdipe** par le refoulement des pulsions sexuelles qui sont mises au service de la connaissance (ou « épistémophilie ») qui dure jusqu'à l'adolescence et qui est permise par le processus de **sublimation**. Là encore, il faut considérer que ce déclin, cette « latence » est toute relative et peut varier selon les individus, les circonstances et les moments du développement.

On note une **réactivation transitoire du complexe d'œdipe**, sorte de soubresaut avant sa disparition programmée et salutaire, au moment de l'entrée dans l'adolescence. Cependant, à la différence de la situation initiale, la « menace incestueuse » est maintenant physiologiquement possible. L'adolescent va répondre à ce mouvement d'attraction inconscient par un mouvement de rejet.

Cette période se traduit souvent par une forte **agressivité** de l'adolescent, qui peut prendre la forme d'actes violents ou de comportements à risque.

Le **déclin du complexe d'Œdipe** correspond à la phase finale de la dynamique œdipienne. Il est marqué par le renoncement progressif à posséder l'objet libidinal. Plusieurs processus permettent en effet à l'enfant de détourner son attention libidinale des objets parentaux. Les déplacements identificatoires, les sublimations notamment, le transfert aussi, permettent à la libido de trouver d'autres objets de satisfaction, en particulier dans la **socialisation progressive et dans l'investissement des processus intellectuels**. Enfin, la « **phase génitale** » survient pendant l'adolescence et correspond à la reconnaissance de la « double différence, des sexes et des générations » et coïncide avec la seconde période de maturation sexuelle.

Dès lors l'équilibre est trouvé, au sein d'une organisation génitale adulte et grâce aux changements d'objets devenus possibles : **le désir sera donc adressé à une autre femme que la mère, à un autre homme que le père.**

Le **Surmoi** découle de la résolution du complexe d'Œdipe : l'enfant assume les interdits du parricide et de l'inceste et s'identifie au parent du même sexe. En intériorisant ainsi l'autorité de ce parent, l'enfant le tue symboliquement en s'emparant de sa sphère d'influence et en rendant en quelque sorte ce parent superflu.

Nous allons maintenant tenter de comprendre comment se réalise le passage à l'âge adulte dans les sociétés traditionnelles en introduisant la notion de rite de passage. Nous essayerons ensuite d'expliquer en quoi le complexe d'œdipe préfigure la fin symbolique du rite initiatique au profit d'une ritualité nouvelle, pour introduire l'idée selon laquelle l'abus d'alcool à l'adolescence serait une perversion d'un rite de passage.

1.4 Anthropologie de l'adolescence :

1.4.1 Introduction

Il n'est pas inutile de se demander dans quelles circonstances historico-sociales est apparu ce personnage aujourd'hui omniprésent dont la naissance est à la fois ancienne et récente : l'adolescent.

Le monde antique, à l'apogée de la civilisation gréco-romaine, a connu des figures de l'adolescence qui sont proches des nôtres.

Ce n'est pas un hasard si le culte de l'éphèbe a coïncidé avec le siècle d'or de la Grèce.

C'était une société en pleine mutation qui inventait la démocratie et l'individualisme en fondant sur sa jeunesse les plus grands espoirs de progrès.

Mais cet adolescent a disparu de l'échelle des âges pendant des siècles, pour réapparaître réellement au siècle des Lumières sous la plume de Rousseau par exemple.

Nous verrons plus loin que les cultures archaïques ou traditionnelles, comme d'ailleurs jadis les classes pauvres de notre société, ont toujours fait en sorte que cet âge soit réduit à sa plus simple expression.

Plus une société évolue vers le modèle occidental, libéral-individualiste, fondé sur une division de plus en plus grande du travail d'une part, sur la disparition de la famille élargie au profit de la famille nucléaire et le libre-échange sexuel d'autre part, plus l'échelle des âges se diversifie, l'adolescence tendant à y occuper une plus grande place (98). Dans les civilisations traditionnelles, c'est le grand âge qui jouit des plus grands privilèges.

Afin de mieux comprendre l'adolescence aujourd'hui, nous tenterons d'exposer le rôle central du **rite de passage** dans les sociétés traditionnelles opposé à une «**ritualité détraquée**» dans les sociétés modernes.

Cette approche nous permettra d'appréhender une signification de la prise de risque diamétralement opposée, et à proposer ainsi une explication du phénomène adolescent actuel.

1.4.2 Le sens du rite de passage dans les sociétés traditionnelles

Toutes les sociétés se sont préoccupées d'organiser le passage de l'enfance à l'âge adulte en proposant aux adolescents un modèle initiatique aussi efficace que possible pour réaliser de la façon la plus économique les transformations inhérentes à cet âge.

Si on se réfère aux sociétés dites primitives, on est frappé par l'universalité de ce qu'il est convenu d'appeler les "rites de passage". C'est VAN GENNEP (102) a attiré l'attention sur ce fait.

Comme le rappelle Claude LEVI-STRAUSS (72) : "Les sociétés archaïques les plus différentes à travers le monde conceptualisent de façon identique les rites d'initiation". La finalité des rites est claire : il s'agit pour les adultes d'**intégrer les adolescents au groupe social** en leur imposant des épreuves violentes qui exigent une soumission totale où le corps est directement concerné. Celui-ci reçoit des marques tangibles qui doivent le situer dans la lignée des sexes et des générations, en même temps que le sujet reçoit un **enseignement** destiné à l'introduire aux secrets de la **tradition**.

Le schéma initiatique comprend les trois phases que VAN GENNEP a rendu classiques : **séparation**, **réclusion** en marge ou *limen* (liminalité, seuil), **agrégation et retour**.

La **séparation** est toujours brutale. Vers la douzième année en moyenne, l'enfant est littéralement arraché à sa famille. Tout le monde feint de croire qu'il ne reviendra pas, qu'il est promis à une mort presque certaine.

La **phase de réclusion** est assimilée sans équivoque au retour dans le ventre maternel. Les néophytes, le plus souvent complètement nus, sont enfermés dans un lieu clos où ils sont tenus de rester cois et immobiles.

Ils sont convoqués à recevoir un enseignement polyvalent aussi bien social, moral, religieux que "technique" qui les introduit au monde des croyances, des pouvoirs occultes, de la magie et des mystères de la filiation, de la sexualité et de la génération.

Ce qui est le plus impressionnant à nos yeux, c'est l'extrême **violence** des épreuves tant physiques que psychiques imposées au jeune adolescent.

Le postulant est généralement menacé de mort et des pires sévices sur un mode qui n'a rien de ludique; on le roue de coups, on le mutilé, on lui pose des devinettes impossibles à résoudre, on se moque de son ignorance, on s'acharne à le mener aux abords de la folie en le soumettant à des injonctions plus paradoxales les unes que les autres. Les marques corporelles ne manquent jamais. Circoncision (66), excision, infibulation et autres mutilations visent, selon l'opinion majoritaire des anthropologues, à conférer un statut d'adulte en supprimant les signes d'ambiguïté sexuelle propres à l'enfance, le prépuce et le clitoris étant considérés comme les vestiges ridicules et honteux du sexe opposé.

La deuxième phase de l'initiation se termine par des rites qui miment l'accouchement et qui font par là clairement entendre à l'initié qu'il est définitivement mort à sa condition d'enfant, radicalement séparé du monde maternel et affranchi de la bisexualité.

L'**agrégation** ou **retour** consacre la **réinsertion sociale**. Nonobstant le fait qu'ils sont désormais reconnus comme adultes à part entière, les initiés sont généralement accueillis comme des bébés qui doivent être portés et qui doivent tout réapprendre à partir de zéro, jusqu'aux noms de leurs proches qu'ils sont censés avoir oubliés.

Chez les Massai, peuple d'Afrique de l'ouest, l'adolescence débute chez le garçon par la circoncision ou Emorata. L'adolescent se peint alors le visage en blanc ; il devient « Moran ». Pendant au moins 7 ans, il recevra l'éducation de guerrier. Il vit à l'écart avec ses congénères, garde les troupeaux. Le retour est consacré par une grande fête, l'Eunoto, pendant 4 jours. Il est désormais considéré comme adulte et peut se marier.

On se rend bien compte que toutes les épreuves subies à travers les rituels de passage, **sevrage brutal d'avec le monde de la mère**, perte de l'enfance, **rivalité** dangereuse avec les aînés et les pairs, acquisition d'une **identité sexuelle stable** et différenciée, purgée de l'ambiguïté bisexuelle, **confrontation avec l'autre sexe** (souvent le mariage succède au passage) sont fondamentalement des **opérations psychiques internes**, superposables aux stades décrits par la dynamique freudienne.

Le rite permet que ces opérations soient tout entières extériorisées et que, **prises en charge par les adultes**, elles réalisent en un temps record le dépassement de la problématique cruciale de l'adolescence.

On peut résumer cette problématique en trois points : passer du statut d'enfant asexué à celui d'homme ou de femme, spécifiquement sexué, acquérir une identité ferme fondée sur une délimitation nette du moi considéré comme l'instance capable de faire la distinction entre l'espace (psychique) du dedans et celui (mondain) du dehors, assimiler les règles qui président aux échanges sociaux.

Le rite permet également de superposer l'idéal du moi avec l'idéal du groupe, d'affirmer la **primauté du collectif sur l'individuel**. C'est une véritable étape de **socialisation**, qui permet à la société de contraindre l'individu d'adopter des comportements conformes à ses valeurs et normes. En ce sens, les rites de passage apparaissent comme d'importants **vecteurs de contrôle social**, selon L.Bruti, anthropologue au CNRS.

La thèse proposée par Martine Stassart (98), anthropologue, défend l'idée selon laquelle le rite de passage équivaut à maintenir et **consolider les acquis de la période de latence**. Cette période qui s'étend de 6 à 12 ans environ, peut se concevoir comme une période « bénie » entre les tempêtes de la petite enfance et les turbulences de l'adolescence. L'enfant, idéalement, a surmonté ses angoisses de séparation, sait qu'il existe et qui il est, a renoncé à la toute puissance, résolu son Œdipe, construit une bonne base narcissique, résisté tant bien que mal à la frustration et il commence à intégrer la notion de mort. Son intelligence et son psychisme sont disponibles, tout étant refoulé ou sublimé, pour goûter les apprentissages, assouvir sa curiosité, développer ses dons, tester ses capacités sociales (63).

Autrement dit, tout se passe comme si les sociétés traditionnelles voulaient à tout prix **empêcher le retour de l'œdipe** et fixer l'individu au stade qu'il a atteint juste avant l'éveil pubertaire.

En effet, la réactivation du complexe d'œdipe caractérise l'un des premiers travaux psychiques de l'adolescent(e).

1.4.3 Complexe d'œdipe ou la mort symbolique du rite initiatique

Revenons un instant sur le **mythe œdipien** pour tenter de comprendre en quoi il **préfigure symboliquement à la disparition du rite initiatique** et de la société traditionnelle, au profit d'une **société individualiste basée sur l'expérience personnelle au dépend de l'expérience collective**.

Le mythe d'œdipe est considéré comme l'un des plus complet mythe politique en ce sens qu'il reprend les thèmes majeurs de l'investiture royale dans la Grèce antique, comme le souligne Jean Joseph Goux dans son ouvrage « l'œdipe philosophe ». La portée de ce texte tient à de l'analogie que l'on peut faire entre les rites d'intronisation et les rites d'initiation pubertaire.

A la différence des autres héros mythiques, son accession au trône n'a pas été légitimée par la traversée des rituels initiatiques « classiques ».

D'une part le motif de l'épreuve imposée par un roi est absent. A la place, on trouve le meurtre d'un roi qui est le père du héros.

D'autre part, la confrontation risquée avec un monstre femelle présente les irrégularités suivantes:

1. Pas d'assistance des dieux; ni Athéna ni Hermès ne sont présents pour aider le héros.
2. Pas d'assistance des mortels; ni conseil d'un sage devin, ni aide d'une fiancée.
3. Pas d'échelonnement des épreuves conduisant à la victoire décisive.
4. Pas de mobilisation de la force physique mais profération d'un seul mot, « l'homme » d'où le corollaire du suicide du monstre, remplaçant son meurtre proprement dit.

5. Mariage, non avec la fille d'un roi, mais avec sa propre mère.

C'est ce qui autorise J.J. Goux à qualifier de "**dérégulé**" le mythe d'œdipe, que Hegel considère comme la naissance de la philosophie moderne.

Commentant le passage de l'énigme, il écrit : « Oedipe devant la Sphynge... Dans le face à face du monstre obscur qui pose des énigmes et de celui qui répond l' "**homme**" victorieusement, se condense un pas historique décisif, un seuil de la pensée, un tournant de l'esprit. L'homme est enfin au centre. »

C'est pourquoi Hegel, de cet épisode mythique, a fait la scène primitive de la philosophie. « Œdipe est l'inventeur de cette posture nouvelle, promise à un grand avenir, et qui singularise l'Occident... »

Dérégulé, Œdipe l'est en effet si on le compare aux souverains qui ont accédé au pouvoir au terme des épreuves imposées par la tradition.

S'il est bien ce héros de la raison et de l'autonomie, s'il est le premier individu à se revendiquer d'un Je qui s'identifie à ce qu'il pense et dit en son nom propre, il faut bien voir que le saut ainsi accompli équivaut effectivement à rejeter la tradition et le sacré qu'elle préservait, à tuer le(s) père(s) et à (ré)ouvrir les chemins régressifs qui (ra)mènent à la mère des origines (98).

On comprend pourquoi la disparition définitive des rites de passage consacre le saut de la culture traditionnelle, patri- ou matriarcale, à une société moderne (certains diront post-moderne), filiarcale, et pourquoi aussi le prix à payer est la névrose, ou la psychose ou encore le cas-limite, tous témoins du « malaise dans la civilisation ».

Pour citer une dernière fois JJ Goux a propos de la mort symbolique du rite initiatique : "Jamais plus l'homme moderne ne franchira le seuil en une épreuve décisive qui tranche d'une façon sanglante les enroulements du serpent-mère sous l'injonction d'une autorité mandatrice et avec l'aide des dieux et des sages. Son destin sera la liminalité prolongée; dans un **procès auto-initiatique** inachevable, ouvert, indécidable ».

En quoi cela se rapproche-t-il de notre problématique : l'adolescence? Simplement pour constater que le passage à l'âge adulte en occident semble de moins en moins régit par la société mais par l'individu lui-même. Le passage de l'enfance à l'âge adulte ne semble plus marqué par un stade, mais par un mode de passage continu à l'inverse des sociétés traditionnelles. A l'adolescent de trouver des équivalents, des « rites intimes de passage et de fabrication du sens » selon l'expression de David Le Breton.

Et à ce titre, les conduites à risques constituent une réponse possible, comme « un chemin de contrebande pour se construire une identité en se confrontant aux limites, qu'elles soient sociales ou individuelles » (24).

En outre, Œdipe marque de façon symbolique le premier rite de passage « perversi » ou « dénaturé » comme nous venons de le voir. La consommation d'alcool chez les adolescents peut dans une certaine mesure avoir valeur de rite, parfois initiatique dans un contexte particulier (fêtes de famille, examen, mariage..) mais également perversi lorsqu'il n'a aucune valeur socialisante.

Dans le prochain paragraphe, nous parlerons de ce qui peut dans nos sociétés être apparenté aux rites de passage, puis nous reviendrons sur les conduites à risque, en posant la question de leur symbolique.

Nous essayerons de comprendre en quoi ces conduites peuvent être considérées dans une certaine mesure comme des équivalents modernes de rite de passage, en mettant en lumière les forces et limites de cette comparaison.

1.4.4 Rites de passage dans les sociétés contemporaines

Que reste-t-il des rites de passage dans nos sociétés modernes ? Qu'est-ce qui à notre époque aurait une valeur symbolique de changement de statut, de promotion vers une nouvelle étape de la vie, permettrait d'acquérir de nouvelles compétences sociales, le tout sous contrôle d'une autorité naturelle et imposée à tous les individus d'une classe d'âge ?

Une première réponse s'incarne dans la **scolarisation**. Selon J. Gleyse, Professeur des Universités à l'IUFM de Montpellier, il existe plusieurs moments forts de la vie d'un jeune : l'entrée à l'école primaire (6 ans). L'école primaire constitue bien la première école où il s'agira de « souffrir pour grandir » et de contrôler notamment ses déplacements et ses sphincters dans la perspective de la lecture et de l'écriture. Un deuxième moment fort réside dans le passage de l'école primaire (10 ans) au collège (11 ans). La transition du CM 2 à la 6ème implique bel et bien un rite de passage. Il faudra entrer dans un nouvel établissement avec des règles sensiblement différentes et, surtout, il faudra passer d'un maître unique (aidé par quelques intervenants extérieurs en langue et parfois en Sport), à une pluralité d'enseignants, mais aussi, d'un groupe, souvent stabilisé depuis plusieurs années à l'école primaire, à un nouveau groupe de pairs, en général constitué d'un mélange d'enfants de plusieurs communes, ne se connaissant pas.

Enfin, le passage au lycée puis à l'Université fait glisser de la loi externe à la loi interne dans un « changement d'identité » et dans l'acquisition d'une autonomie psychique puis matérielle.

C'est le lieu de l'orientation et du projet personnel, et donc aussi celui de la sélection et de la stigmatisation. La pression de la réussite est donc bien présente. En outre, c'est également le temps des premiers rapports sexuels (en moyenne à 17 ans) qui matérialise un autre temps fort de l'entrée dans le monde des adultes.

En dehors de la scolarisation, il existe un grand nombre de rites plus ou moins solennels et codifiés comme les remises de **diplômes**, le **permis de conduire**, les rites religieux, le bizutage, le mariage..

La grande différence entre ces rites et les rites de passage se situe dans la systématisation du rite dans la société donnée. En effet, ils ne sont **nullement imposés** et relèvent de l'**expérience personnelle** de chacun.

De manière générale, on observe une diminution des rites de passage solennels (de type religieux notamment) et l'apparition de rites moins codifiés en remplacement comme peuvent l'être les conduites à risque. Nous reviendrons sur cette analogie et la développerons dans un prochain chapitre en soulignant ses limites.

Notons pour finir que, bien que le nombre de rite initiatique diminue dans notre société, **la symbolique et les valeurs associées perdurent** à travers le cinéma, la littérature ou les contes, toujours très présents dans l'univers culturel des adolescents. Ainsi la quasi totalité des héros naissent en personnes ordinaires, pour subir par la suite des épreuves qui vont révéler leurs valeurs intrinsèques et consacrer un retour triomphal à la collectivité.

Le Roi Lion relate les rites de passage de Simba, un jeune lionceau héritier présomptif du Royaume des Lions, gouverné avec sagesse par son père Mufasa. À la mort de celui-ci - dans une spectaculaire scène de panique collective - , son frère, le diabolique Scar à l'origine du complot, convainc Simba qu'il est responsable de la mort de son père. Tandis que Scar s'empare du Royaume des lions, aidé de ses hyènes-laquais, Simba part en exil (*phase de séparation*) et est pris en amitié par Timon la mangouste et Pumbaa le phacochère où il va vivre jusqu'au début de l'âge adulte (*phase de réclusion*). Finalement, pressé par sa petite amie d'enfance Nala, par Rafiki le vieux et sage babouin, et par le fantôme de son père; Simba revient réclamer son héritage et rétablir l'harmonie perdue (*phase d'agrégation ou retour à la collectivité*).

1.5 Les conduites à risques, passage obligé?

1.5.1 Étymologie du mot risque et concept de conduite à risque

L'origine étymologique du mot risque est *risco* qui exprime dans la terminologie des lois maritimes, le « **danger lié à une entreprise** » et dans la tradition militaire, la « chance ou la malchance » du soldat. De nos jours le mot risque est trop souvent associé au seul danger, à ce qui est périlleux ou engage une menace vitale. Le risque est intimement lié à la notion d'entreprise, d'où provient la notion d'**expérience**. On peut rappeler que le mot expérience (*experiri* ou *ex-periri*) renvoie au fait de **sortir du danger** ou de l'avoir traversé et plus globalement d'essayer ou de faire ses preuves (35).

Le concept de conduite à risque se définit par « la recherche répétée du danger, impliquant pour un sujet la mise en jeu de sa propre vie » (1).

Cependant, si les conduites à risque à l'adolescence ont en commun de pouvoir léser ou entraver l'avenir psychique, physique ou social de l'adolescent, elles ont d'abord pour but de permettre son **affirmation**, de témoigner d'un changement de statut, d'obtenir la **reconnaissance de ses parents et l'admiration de ses pairs**, comme le précise R. Courtois (35).

1.5.2 Adolescence et risque

La prise de risque est **normale** pendant l'adolescence. Elle peut correspondre à une volonté de manifester une **indépendance** (y compris à travers des actes transgressifs) et une recherche d'autonomie, un désir de renouveau, un refus d'envahissement face aux fantasmes d'intrusion ou de pénétration, aux sentiments de passivité et de soumission infantile.

Elle peut permettre de repousser ses propres limites et contraintes, et d'agir sur son environnement pour tenter de se l'approprier.

Elle peut aboutir à une **meilleure connaissance de soi et de l'autre** et favoriser le travail de **différenciation** en s'affirmant comme un être unique. Dans certains cas, elle résulte d'une **recherche d'identification à l'adulte** ou aux représentations qu'il véhicule, comme le souligne Robert Courtois.

La prise de risque pourrait donc, si elle est **adaptée**, contribuer à **affirmer** la valeur de l'adolescent et à le **construire** aux yeux de ses pairs, voire de ses parents. Elle pourrait dans ce sens devenir **structurante** et avoir valeur de rite de passage.

Cependant, le cumul de conduites à risque tend également à dévoiler un état de **souffrance**, comme l'attestent les travaux de Biglan datant de 1990 (19).

Les adolescents les plus vulnérables semblent plus exposés à mettre en œuvre des conduites à risques plus dangereuse et/ou moins structurantes.

En outre, la consommation d'alcool constitue une forme de conduite à risque très courante. Mais peut-elle être adaptée et constructive pour l'adolescent ?

Comment éviter qu'elle constitue une porte d'entrée vers une conduite addictive ultérieure ?

C'est une des raisons qui incite les médecins à vouloir dépister l'usage nocif d'alcool, à **distinguer l'expérience de la pathologie**, raison qui motive pour partie ce travail de thèse.

1.5.3 Typologie des risques à l'adolescence

Il existe différentes typologies du risque selon les auteurs. Nous citerons Jessor (1992) qui distingue 3 catégories de comportements à risque (57):

- (a) les problèmes de comportements
- (b) le risque médical
- (c) les problèmes scolaires

Pour d'autres auteurs (M. Choquet, R.Courtois) (35), il existe un clivage entre les conduites « externalisées » ou conduites de l'agir et les conduites « internalisées » ou troubles « corporalisés ». Les premières, qui seraient plutôt l'apanage des garçons, concernent les consommations de substances psychoactives, les actes violents plus ou moins délictueux et les prises de risques sur la route. Les accidents de la voie publique représentent à ce titre la première cause de mortalité à l'adolescence.

Les secondes, qui seraient plutôt féminines, regroupent toutes les conduites en rapport avec une plainte somatique : maux de corps, troubles des conduites alimentaires, tentative de suicide, violences subies, prises de psychotropes..

Les adolescents eux-mêmes enfin, selon une étude de Smith et Rosenthal (97), distinguent deux sortes de situations :

- (A) celles reconnues à haut risque comme le fait de conduire ou d'être passager d'un véhicule sous l'influence de l'alcool ou de la drogue, d'utiliser des inhalants ou des amphétamines et d'avoir des rapports sexuels non protégés ;

- (B) celles à risques plus faible comme le fait de boire de l'alcool (bière ou vin ou alcool fort), de boire de manière excessive dans certaines occasions et de fumer.

On remarque ici que le risque est pris au sens de risque vital immédiat, le risque à long terme est mis au second plan.

Kilian F, 17 ans sans antécédents est hospitalisé en fin de nuit pour AVP sous l'emprise de l'alcool en sortant de boîte de nuit. Il a été percuté en moto par une voiture alors qu'il tentait de faire demi tour dans un endroit inapproprié après s'être rendu compte qu'il s'était trompé de direction. Son alcoolémie aux urgences était de 2,07g/l. La recherche de toxiques urinaires s'avérera négative, tout comme le bilan radiologique réalisé pour des cervicalgies.

Le score ADOSPA est à 3 (question 1,3, 5).

Kilian est par ailleurs en apprentissage de plomberie, ce qu'il a choisi après avoir redoublé la 4^e et la 3^e. Ses centres d'intérêts sont marqués par l'informatique et les motos.

Il a déjà eu des relations sexuelles protégées mais n'a pas d'amie en ce moment.

Il a consommé pour la première fois de l'alcool à 15 ans et dit ne boire qu'en boîte de nuit.

*Il avoue par ailleurs des **prises de risques** à 2 roues.*

Il sera vu en hospitalisation par l'infirmière de liaison en addictologie et un rendez vous sera pris en externe au CMP de Lunéville par la maman.

1.5.4 Les conduites à risques, équivalence moderne de rite de passage ?

Il existe manifestement des **points communs** entre conduites à risque et rites de passage initiatiques, comme nous l'avons brièvement évoqué précédemment. La recherche d'une **reconnaissance** par la famille et les pairs, la quête d'un **statut nouveau**, l'**épreuve physique violente** avec parfois marquage du corps sont des points communs. La finalité étant la **construction identitaire** et l'**accession à la condition d'adulte**.

Cependant, des **divergences** apparaissent très nettement. Nous essayerons de les mettre en évidence en reprenant les dimensions essentielles du rite de passage.

La première divergence est l'**absence quasi constante des adultes** dans les conduites à risque des adolescents actuels, d'où l'**absence de transmission** des règles de vie communes régissant les rapports entre individus et l'**absence de reconnaissance sociale**. Hors, la supervision des aînés est un élément clé, le rite ne s'effectuant jamais entre les membres d'une même classe d'âge. En effet, la dimension sociale du rite de passage est prépondérante. Il s'agit d'obtenir une place nouvelle dans la société. IL doit donc se faire aux yeux de tous et particulièrement des aînés, détenteurs du pouvoir et garants de l'ordre établi. Les conduites à risque sont presque toujours le fait d'adolescent seul ou de son groupe de pairs. On parle de **socialisation « intime » entre pairs** (35).

La seconde divergence est l'**absence d'échelonnement**, de gradation dans les épreuves. Le corollaire est donc le risque non maîtrisé, la réussite de l'épreuve est loin d'être assurée, avec parfois la blessure, la dépendance ou la mort pour issue.

La troisième différence tient compte du fait que **le rite est collectif alors que la conduite à risque est individuelle**. L'acte est donc singulier et n'a de valeur que pour celui qui l'ose. De plus, à la différence du rite initiatique, la conduite à risque ne fait pas référence à un mythe fondateur et ne semble aucunement la pierre angulaire d'une histoire « sacrée ».

Ces divergences laissent penser qu'en dehors d'une organisation sociale et symbolique du rite de passage, l'adolescent ne peut trouver que difficilement de sens en terme de réponse pérenne et maturante, d'où peut-être la **répétition des conduites à risque**, pour David Le Breton (56).

En outre, les limites de l'analogie entre rite de passage et conduite à risque (dont l'ivresse aiguë) fait percevoir la conduite à risque comme un **rite de passage dénaturé** ou perversi en ce sens que ce phénomène s'est répandu en lieu et place du rite quasiment disparu dans nos sociétés. « Comment ne pas croire que la violence du risque ne renvoie pas à la violence du rite ? », pour le dire autrement (24). A la différence essentielle que le rite se confronte à la mort d'une façon plus symbolique que directe et **donne du sens à la prise de risque**. La rupture et les conduites à risque n'ont de sens que si elles **permettent l'agrégation à la communauté d'origine avec prise en compte d'un nouveau statut**, et sont donc **transitoires**.

Prenons l'exemple du film « Into the wild » réalisé par Sean Penn en 2007. Ce film, inspiré de la vie réelle de Christopher McCandless, raconte l'histoire d'un jeune homme promis à un brillant avenir qui décide de tout quitter pour un voyage initiatique (*phase de séparation*). Le début du film nous apprend qu'il a des relations très difficiles avec ses parents et notamment son père qu'il voit comme autoritaire et inaccessible. Il apprend qu'il est l'enfant illégitime d'une union hors mariage et cette révélation l'ébranle profondément.

Il part en quête de grands espaces et, au-delà, en quête de lui même. Il accomplira un grand périple à travers les États-Unis qui le mènera vers son but ultime : l'Alaska. En chemin, il rencontre des personnes atypiques qui deviendront comme une seconde famille. Cependant, rien ne peut entamer sa détermination à aller dans le grand Nord, au mépris du danger et malgré son inexpérience de la vie sauvage. Cette vie représentera sans doute une *phase de transition*, phase pendant laquelle il va se remettre en question dans sa quête du bonheur après avoir été ébranlé dans ses convictions absolues et son choix de vie. Cependant, le *retour* n'aura jamais lieu car Christopher ne pouvant franchir une rivière en crue meure de dénutrition et d'empoisonnement aux baies sauvages, ce qui confère l'aspect dramatique du film.

Ainsi, cette prise de risque matérialisée par le voyage pouvait trouver son sens, dans l'idée de se confronter avec la nature sauvage, de mesurer sa valeur face à l'immensité.

La prise de risque était probablement démesurée, à la hauteur de ce que l'adolescent avait à dépasser, prouver, retrouver. Mais mal préparée et non encadrée, elle aboutit à une mort tragique.

En résumé de cette partie, notons le lien existant entre prise de risque et rite initiatique. Si le rite comporte bien souvent une prise de risque, la prise de risque isolée n'est en aucun cas initiatique car dépourvue de reconnaissance sociale.

La découverte de l'alcool à l'adolescence constitue sans conteste une forme de prise de risque. Mais pourrait-elle devenir initiatique et sous quelles conditions ?

Nous proposerons des pistes pour répondre à cette question en conclusion de cette thèse.

2) Médecine de l'adolescent et intérêt d'un dossier médical spécifique

2.1 Principes généraux de la médecine de l'adolescent

La médecine de l'adolescent est une médecine de l'individu dans sa globalité, individu inscrit dans son contexte familial et environnemental. Elle dépasse la tendance actuelle de la sur-spécialisation pour tendre vers une vision holistique du patient. C'est pourquoi être médecin d'adolescents implique certes de connaître la psychologie pubertaire, les pathologies somatiques habituelles de cet âge, les implications psychologiques des maladies graves et chroniques, mais aussi les enjeux psychologiques propres à cet âge, les pathologies psychiatriques et enfin les aspects éducatifs, scolaires, sociologiques, culturels qui participent à la vie quotidienne des adolescents, comme le rappelle D. Marcelli. En outre, le souci du médecin sera aussi de permettre à l'adolescent de devenir sujet de sa santé en lui restituant la part active de lui-même, seule garante d'une conquête durable de la capacité future à prendre soin de soi.

Lors de la consultation, l'adolescent doit être d'emblée considéré comme une personne, une individualité à part entière, bénéficiant de la confidentialité de sa rencontre avec le médecin.

Toutefois, l'évaluation de la qualité des relations aux parents est un des éléments de l'évaluation clinique. Dans la grande majorité des cas, la prise en charge d'un adolescent doit en conséquence inclure une approche familiale, comme le souligne D. Marcelli.

2.2 Intérêt d'un dossier médical spécifique, exemple du CH d'Épinal

2.2.1 Introduction

La prise en charge des adolescents implique la prise en compte des interactions entre le cadre familial, le milieu de vie, les habitudes et comportements, la santé physique et la santé mentale. Cela est d'autant plus important dans le cadre des conduites à risques où ce n'est pas tant la conduite qui importe que le pourquoi de cette conduite, très souvent en lien avec l'environnement du sujet.

Le dossier médical spécifique doit viser une démarche diagnostique globale et permettre d'appréhender les trois dimensions de la vie de l'adolescent : le corps, la famille, la société (63).

2.2.2 Principes du dossier adolescent

Le dossier adolescent est mis en place dans le service de pédiatrie de l'hôpital Jean Monnet d'Épinal depuis 2007. Il fait suite au travail de mémoire du Dr André KRIER intitulé « un dossier médical d'hospitalisation pour adolescent ? », qui est la référence bibliographique du prochain paragraphe (63). Il se décline en trois volets (cf annexes) : le dossier général, le dossier intitulé « symptômes flous et malaises » et le dernier consacré aux tentatives de suicides.

Nous nous bornerons ici intentionnellement à la mise en lumière du premier volet de cet trilogie car c'est celui qui a permis le recueil de données de cette thèse.

Notons d'emblée que la volonté n'est pas de donner une recette pour examiner un adolescent mais plutôt une méthode dont la finalité serait une démarche diagnostique « médico psycho sociale » sous couvert de l'adhésion du patient.

2.2.3 Le « dossier général » adolescent (cf annexes)

2.2.3.1 Généralités

Il reprend le plan classique d'un dossier médical (motif d'hospitalisation, antécédents, traitements, histoire de la maladie et examen clinique) mais intègre des données spécifiques de cette tranche d'âge, tant pendant l'examen physique que pendant l'interrogatoire. Il est émarginé de repères comme autant de « pense-bête » permettant de ne pas oublier les points clés, tout en laissant une liberté complète de mener son examen clinique selon sa convenance, en permettant au besoin de différer certaines questions si le moment n'est pas jugé adéquat.

Le premier temps du contact doit être la mise en place d'une **alliance thérapeutique**, basée sur la confidentialité et le respect de l'adolescent. Cela implique de se présenter, expliquer la démarche de soin, entendre indépendamment l'adolescent puis les parents et enfin les voir ensemble.

2.2.3.2 Spécificités

L'objectif de ce paragraphe n'est pas de rappeler l'exhaustivité de la démarche clinique mais d'appuyer certaines spécificités de celle-ci en rapport avec notre problématique.

Sur le plan **anamnestique** tout d'abord, notons l'importance de faire la distinction entre le **motif d'hospitalisation initial et le motif secondaire** ou réel. L'exemple des conduites à risque est ici éloquent. La conduite à risque peut dissimuler un mal-être ou une dépression mais peut également être cachée par le motif initial, orthopédique par exemple.

Deux accidents par an chez un garçon seraient déjà l'équivalent d'une conduite à risque et signifieraient neuf fois sur dix qu'il s'agit d'un adolescent en difficulté (63).

En outre, la consommation d'alcool qui est une conduite à risque participe à d'autres prises de risque. Ainsi, il est associé aux prises de risque sur la route et donc aux accidents de la voie publique, aux actes de violences auto ou hétéro agressifs, à des comportements délictueux, à la démotivation scolaire, à la sexualité à risque, qui sont autant de motifs potentiels d'hospitalisation (36).

Les antécédents sont à reprendre de façon exhaustive ainsi que les traitements et leurs observances, notamment chez les patients souffrant de maladies chroniques. Notons dès à présent que des **antécédents de troubles anxieux et de trouble de l'humeur** à l'adolescence augmentent le risque ultérieur d'abus d'alcool et plus globalement d'autres substances psychoactives (27).

L'**examen physique** a été placé à dessein avant l'interrogatoire spécifique dans un double but : **éliminer un problème organique** dans un contexte où le corps est souvent l'origine de la plainte, même si le problème n'est pas organique. Et donc rassurer sur la **normalité** de ce corps. Les spécificités de l'examen physique sont l'évaluation du stade pubertaire (cf 1.4.1) et de croissance, avec la encore la question de la normalité. Les adolescents **précoces** dans leur maturation pubertaire seraient davantage consommateurs de substances psychoactives (104).

L'examen cutané doit s'attarder à rechercher des scarifications, point d'appel potentiel d'une souffrance psychologique. L'examen de l'appareil locomoteur recherchera un trouble de la statique rachidienne (gibbosité, scoliose, cyphose). Les organes sexuels seront examinés au cas par cas avec l'accord de l'adolescent. Quoiqu'il en soit, la question de la sexualité sera abordée dans l'interrogatoire spécifique. Enfin l'hygiène générale et bucco dentaire sera abordée.

L'**interrogatoire spécifique** est l'autre temps fort du bilan « médico psycho social ». On y retrouve en filigrane les trois cercles du travail psychique de l'adolescence (cf 1.4.2) : **le corps, la famille et la société**. Ce temps implique une relation de confiance avec l'adolescent qui pourrait -à juste titre- percevoir certaines questions comme intimes. Il faut donc qu'il ait au préalable adhéré à la démarche de soins. Le rôle pédagogique du médecin est ici plus encore qu'ailleurs prépondérant. On préférera les **questions ouvertes** qui incitent à relancer la conversation et **l'entretien motivationnel** invitant l'adolescent à s'interroger sur son comportement.

Le premier item de cet interrogatoire concerne donc **le corps**. Les questions de **l'alimentation**, du **sommeil**, de la **fatigue** et des **plaintes « floues »** seront ici abordées. Notons que l'évaluation des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement, réveils nocturnes et cauchemars sont prépondérants dans le diagnostic de dépression. La fatigue, qui fait partie du décor naturel de l'adolescent, devient pathologique quand elle dure, non améliorée, voire aggravée par le repos, associée à une somnolence diurne et un éveil nocturne, une sensation de lourdeur du corps. Une fois les affections organiques éliminées, elle signe alors une souffrance et est rarement isolée.

Nous ne nous attarderons pas sur la démarche diagnostique des symptômes flous qui nécessiterait un exposé approfondi. Bornons nous à rappeler que, si la grande majorité des symptômes flous et malaise sont d'origine « psychosociale » ou « neuropsychique », la recherche d'une étiologie somatique et la reconnaissance de la souffrance doivent être au centre de la démarche, comme préliminaires indispensables à la prise en charge.

Le second item de cet interrogatoire concerne **la famille** car ce qui structure le psychisme, c'est l'identification aux parents. C'est dire l'importance de la famille nucléaire.

À côté des éléments « classiques » (nombre de frères et sœurs, métier des parents) on essaiera d'interroger l'adolescent sur la dynamique familiale, le cadre, les rapports à l'autorité, la répartition des rôles entre parents, les habitudes de vie, les lieux de vie..

La notion de **difficulté familiale** semble intimement liée à celle des conduites à risque. Monoparentalité, familles recomposées, violences intra familiale et pauvreté relationnelle, décès ou maladie grave d'un proche représentent des facteurs importants de risque de mésusage de boissons alcoolisées à l'adolescence (68).

L'**alcoolisme familial** est également un facteur non négligeable dans la consommation précoce (43). Cette information est néanmoins impossible à obtenir systématiquement et ne sera donc pas retenue pour le recueil de données de cette thèse.

Le troisième et dernier item se rapporte à la **société**, c'est à dire à l'intégration sociale de l'adolescent.

On débutera cet item par la question de **l'école**. En rapport avec notre sujet, il a été mis en évidence que la **déscolarisation**, une éducation scolaire peu élevée ou de faible durée sont liées à une plus grande consommation d'alcool et de cannabis (69).

Un fléchissement scolaire isolé sur une période allant de un trimestre à deux ans peut être du domaine du normal, mais peut servir également de révélateur à d'autres difficultés.

Les activités extra scolaires (sportives, culturelles, associatives) seront évaluées.

La notion de désintérêt récent pour les activités habituelles peut orienter vers une pathologie addictive ou une dépression par exemple.

La question des **pairs** sera abordée. L'influence des pairs et le conformisme par rapport au groupe semblent jouer également un rôle significatif dans l'usage abusif et précoce de l'alcool à la préadolescence. Période où l'approbation des pairs est plus importante que celle des parents.

Aborder la question de la **sexualité** en fonction de l'âge maturatif de l'adolescent et donc de sa réceptivité permet de délivrer un message de prévention (infections sexuellement transmissibles, contraception..) en testant ses connaissances et en répondant à ses éventuelles questions.

Vient ensuite le temps de parler des **addictions** avec l'adolescent. Nous aborderons cette question plus en profondeur dans le prochain paragraphe. Le lien entre addictions et **conduite à risque** n'est pas évident d'emblée. Notons simplement que la répétition des conduites à risque et la recherche de sensations qui la motivent peut déclencher le processus d'addiction (52). Cela est d'autant plus vrai concernant l'alcool qui possède des qualités addictives intrinsèques bien connues de tous. Par ailleurs, s'il est facile de demander à un adolescent s'il consomme des produits psycho actifs (licites ou illicites), il est plus difficile de faire la part des choses entre une consommation occasionnelle normale et une consommation à risque, voire déjà nocive.

Les éléments anamnestiques prédictifs du risque de dépendance dans la littérature sont en premier lieu la **précocité**, le risque de consommation excessive d'alcool serait multiplié par quatre pour ceux qui consomment de l'alcool avant 15 ans (48).

L'**association de produits** est à rechercher. Ainsi, les jeunes fumeurs présentent trois fois plus de risque d'entrer dans une consommation régulière d'alcool (54).

Par ailleurs, on ne manquera pas d'évaluer la tolérance de la famille à ces pratiques et leurs impacts financiers.

Le dernier item concerne la **santé mentale** avec pour principal objectif de dépister d'éventuels **éléments dépressifs**. On évaluera le sommeil, l'alimentation, la sensation subjective de fatigue, la perte d'intérêt pour les activités habituelles, le sentiment de culpabilité et de dévalorisation ainsi que l'existence d'idées suicidaires.

Le déroulement de ce type d'interrogatoire peut sembler long à première vue. L'intention d'évaluer l'adolescent de façon globale est ambitieuse mais nécessaire. C'est pourquoi l'auteur propose un résumé qui se borne à une seule question par rubrique. L'objectif recherché est de ne pas passer à côté de difficultés de l'adolescent, voire de prévenir des difficultés ultérieures quel que soit le motif de passage dans le service. Cette fiche résumé a été intitulée « **les indispensables** » (Cf annexes).

Le seul dossier adolescent a permis le recueil de données de cette thèse, preuve s'il en est de son potentiel d'informations exploitables. L'étude clinique reprendra d'une part des données brutes sous forme de statistiques et d'autre part des cas cliniques.

3) Adolescence et addictions

3.1 Concepts théoriques

3.1.1 Concept neuro physiologique

Ce concept définit l'addiction comme une véritable « **maladie du cerveau** ». Le comportement addictif modifie le fonctionnement cérébral. Cela a été mis en évidence dès 1954 par Olds et Milner par la découverte d'un « **système de récompense** » impliquant différentes aires cérébrales (système mésocorticolimbique) et mettant en jeu un neurotransmetteur : la **dopamine** (87). C'est un système fonctionnel fondamental des mammifères, indispensable à la survie, car il fournit la motivation nécessaire à la réalisation d'actions ou de comportements adaptés, permettant de préserver l'individu et l'espèce (recherche de nourriture, reproduction, évitement des dangers...).

La consommation de certaines substances psycho actives libère d'importantes quantités de dopamine et ce mécanisme constitue l'une des causes du **dysfonctionnement du circuit de récompense**. Les deux autres éléments de l'équation sont la **vulnérabilité de l'individu** d'une part et **l'environnement** avec ses composantes culturelles et sociales d'autre part. Ces éléments seront repris plus longuement dans la troisième partie.

3.1.2 Concept psychanalytique

On doit à Joyce McDougall d'important travaux sur les comportements addictifs et sur le concept d'**économie psychique de l'addiction**. L'économie addictive vise la décharge rapide de toute tension psychique, que sa source soit extérieure ou intérieure. De plus, cette tension n'est pas uniquement fonction d'états affectifs pénibles ; il peut s'agir également d'états excitants ou agréables. En fait, un appel psychique est transformé dans l'esprit de l'addicté qui le traduit comme un besoin somatique et donc en une réponse comportementale. Si la solution addictive (somato-psychique) n'était pas l'unique réponse aux difficultés rencontrées, cela ne poserait pas de problème.

Mais lorsque l'ampleur du comportement addictif est telle qu'il est compulsif et qu'il s'agit du seul moyen dont le sujet dispose pour supporter sa souffrance psychique, il risque de s'installer dans une véritable **fuite addictive** qui empêchera toute élaboration, une sorte de tentative « infantile » de se soigner qui ne peut être que vaine et aboutir à une **impasse** (76).

3.2 Critères de dépendance selon le DSM IV

Le DSM-IV ou *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (du titre original anglais, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), est un manuel de référence classifiant et catégorisant des critères diagnostiques et recherches statistiques de troubles psychiatriques spécifiques.

La dépendance y est définie comme un mode d'**utilisation inapproprié d'une substance**, entraînant une **détresse ou un dysfonctionnement** cliniquement **significatif**.

Il faut pour cela **trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :**

1. **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. **Symptômes 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 les symptômes de sevrage.
3. Substance souvent prise en **quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.**
4. Désir persistant ou **efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation** de la substance.
5. **Temps considérable** 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. **Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique** persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

- **Avec dépendance physique** : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents) ;
- **Sans dépendance physique** : pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).

3.3 Dépendance aux substances et comportementales

Bien que toutes les addictions mettent en jeu des mécanismes cognitivo-comportementaux identiques, elles revêtent des aspects bien différents. Pour schématiser, il existe deux types d'addictions :

Les dépendances aux **substances** :

- Drogues licites : tabac, alcool, médicaments ;
- Drogues illicites : cocaïne, héroïne, cannabis, ecstasy

Les dépendances **comportementales** ou « **addiction sans drogue** » :

- Cyberdépendance, troubles du comportement alimentaire (boulimie, anorexie), jeu pathologique, sport intensif, dépendance au travail..

Pour illustrer ce que peut être une dépendance comportementale qui touche de nombreux adolescents, nous prendrons l'exemple de la **cyberdépendance** (103). Aujourd'hui, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) font partie intégrante du monde des adolescents. En 2007, 57% des élèves déclarent surfer quotidiennement sur Internet alors qu'ils n'étaient que 23% en 2003 (35).

La cyberdépendance peut être définie par un **hyperinvestissement** des jeux et d'internet, avec une **perturbation majeure du fonctionnement social, intellectuel et affectif** du sujet qui s'organise uniquement autour du jeu (49).

Les critères de dépendance sont opérants ; avant de commencer l'activité, il existe un désir puissant, contraignant à penser au jeu de manière anticipée. En cours d'action, le joueur addict souhaite que ce soit éternel et il ne peut s'arrêter malgré les conséquences négatives.

Au moment de se coucher ou à l'école, il y pense et les souvenirs liés au comportement addictif l'aident à anticiper déjà la reprise du jeu et à préparer les bons coups suivants.

Il y aura souvent des **conséquences** sur la scolarité, sa relation à ses parents et à ses pairs, son sommeil.. Parallèlement, ce type de comportements pourra s'accompagner de gratifications dans le jeu (être un champion et donc accéder à une certaine reconnaissance) et parfois dans la constitution d'un groupe de jeunes avec qui partager cette passion.

Au final, ces addictions sans drogues, partageant les mêmes caractéristiques que les addictions aux substances psychoactives, peuvent devenir tout aussi graves en terme de **conséquences psychosociales**.

III) La consommation d'alcool chez les adolescents

1) Alcool et généralités

1.1 L'alcool en France

De toutes les substances psychoactives, l'alcool est celle qui tient une **place privilégiée** dans notre société : elle est partie intégrante de notre **culture**, de nos **traditions**, de notre **patrimoine** et de notre **économie**.

Son usage est un élément de notre **tradition judéo-chrétienne**. Il a une place sacrée à travers le vin, « fruit de la terre et du travail des hommes ». Cette boisson a pour le chrétien une signification toute particulière puisque, au centre même de la célébration eucharistique, le vin est le symbole par lequel Jésus signifie son offrande sacrificielle et sa résurrection.

Socialement admis, l'alcool consommé de manière modérée est symbole de savoir vivre, d'hédonisme, de distinction. Consommé de manière excessive, il peut amener à la **dépendance**, à une surmorbidity et à une surmortalité.

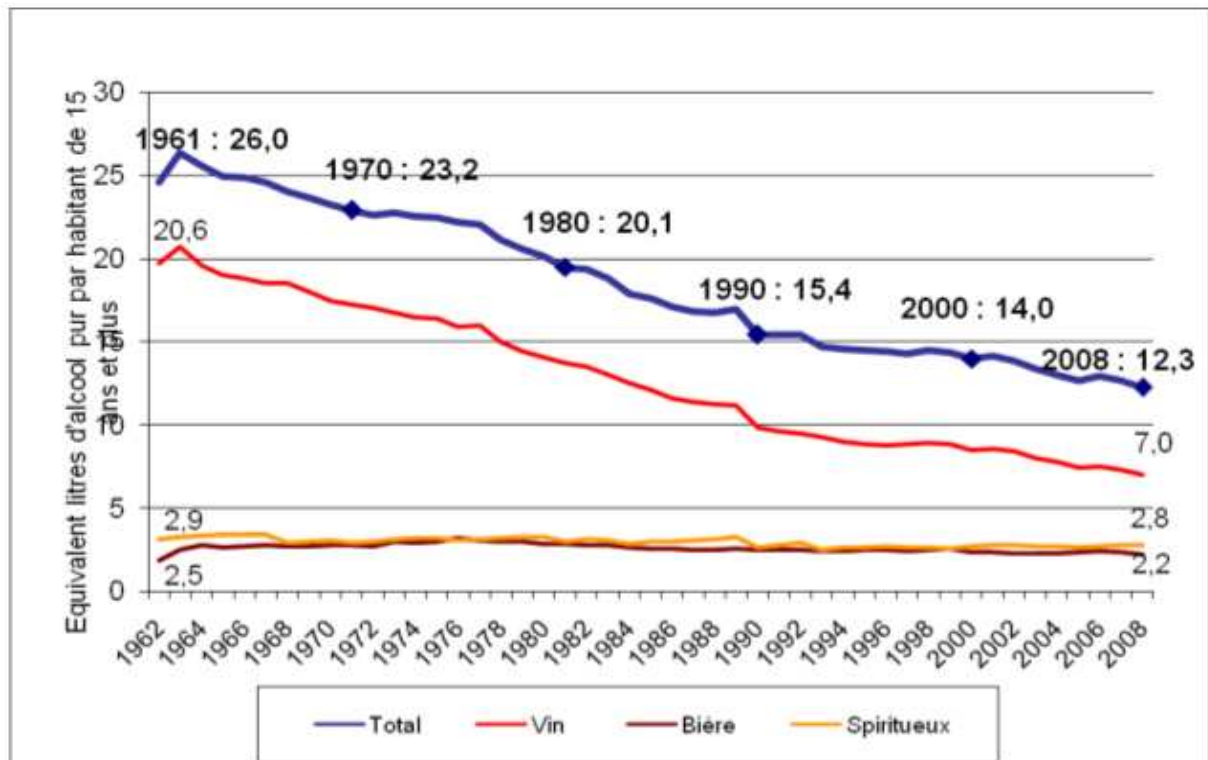
La France est par tradition un grand pays vinicole, elle est en effet en 2009, le **premier producteur mondial de vin**, talonné par l'Italie (Le monde, 26/11/2009). Le vin représente donc un enjeu économique important en France. A titre d'exemple, en 2004, le chiffre d'affaire des boissons alcoolisées représentait **14.2 milliards d'euros** soit 9% des dépenses des ménages dans le secteur alimentation (les vins et champagnes en représentaient plus de six milliards, les eaux de vie et spiritueux 4.1 milliards, et les bières 2.8 milliards, d'après l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanie, 2008).

La consommation d'alcool a pu s'accroître parallèlement à l'industrialisation, à l'extension des voies de communication, aux progrès en matière de commercialisation (points de vente type supermarché).

Cependant, à partir de 1960 la consommation d'alcool en France chez les 15 ans et plus a fortement diminué. Au début des années 1960, la consommation d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus s'établissait à 26 litres d'alcool pur.

Quarante ans plus tard, cette consommation a été **divisée par deux** (86).

Évolution de la consommation d'alcool en France



Organisation mondiale de la santé entre 1961 et 1989, groupe IDA de 1990 à 1999, Insee de 2000 à 2008

Les niveaux de consommation d'alcool en France étaient au début des années 1960 très largement au-dessus de ceux qui sont observés dans les autres pays européens.

D'après les données de l'Organisation Mondiale de la Santé, la consommation d'alcool en France est dépassée par celle de pays comme l'Irlande ou la Hongrie et ne constitue plus une exception.

Au niveau de la **consommation adolescente mensuelle**, la France se positionne au **15e rang européen** (50). Bien que la consommation de la population générale en France régresse, cette consommation continue à provoquer des **dommages sanitaires et sociaux**.

Selon l'OMS, l'usage nocif de l'alcool compromet à la fois le développement individuel et le développement social (OMS, 2010).

1.2 Classifications des conduites d'alcoolisation

Nous nous attarderons dans ce paragraphe à la description de l'**évaluation pratique de la consommation d'alcool** proposée par la Société Française d'Addictologie qui a comme avantage d'être destinée à la pratique clinique (88). Y sont décrits trois grands types de consommation dont nous allons tenter d'expliquer l'intérêt pratique.

1.2.1 Le non-usage

Il décrit l'**absence de consommation** et peut être de deux types. Le **non-usage primaire** implique une non consommation initiale, il n'y a jamais eu de contact avec le produit. Le **non-usage secondaire** peut être secondaire à une période de mésusage, on parle alors d'abstinence, ou faire suite à une période d'usage pour diverses raisons.

Il concerne environ **10%** des français.

1.2.2 L'usage

L'usage d'alcool se définit par une consommation de boissons alcoolisées, régulière ou non, qui n'implique **pas de dommage physique, psychique ou social**. Il ne s'inscrit donc pas dans un contexte pathologique et est socialement admis.

Les seuils définis par l'OMS sont de **trois unités d'alcool par jour chez l'homme et de deux chez la femme**. En outre, il convient de ne **pas dépasser quatre unités d'alcool par occasion** pour l'usage ponctuel et de pratiquer l'**abstinence au moins un jour dans la semaine**. Pour rappel, **une unité d'alcool est l'équivalent de dix grammes d'alcool pur** et sert de **mesure étalon**. Les consommations standard dans les bars sont égales à une unité d'alcool : un demi de bière à 4°, un verre de vin à 12°, 2cc de whisky à 40°.

1.2.3 Le mésusage

Le mésusage comporte trois cadres nosologiques : l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance, comme une gradation dans l'aspect pathologique de la consommation.

1.2.3.1 L'usage à risque

Il est défini par toute conduite d'alcoolisation où la **consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à une dépendance ou à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme**.

L'usage à risque inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS s'il existe une **situation à risque** et/ou un risque individuel particulier. Ce risque peut-être situationnel, par exemple lors de la grossesse ou de la conduite automobile, où l'objectif est la non consommation. Le risque peut être dans les **modalités de consommation**, par exemple si elle vise uniquement les effets anxiolytiques ou antidépresseurs. On parle de consommation auto-thérapeutique.

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

Pour rappel, la CIM ou Classification Internationale des Maladies est publiée par l'OMS pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant les êtres humains dans le monde. Le DSM-IV a été présentée dans la seconde partie.

Ces deux classifications constituent des nosographies des troubles mentaux et ne spécifient aucune typologie (le DSM-IV a été construit dans une visée diagnostique et la CIM 10 dans une visée épidémiologique) ; elles permettent de poser un diagnostic en fonction d'une critériologie précise mais elles ne sont pas plus le reflet de la réalité clinique des sujets qu'elles ne permettent d'orienter précisément les interventions et/ou la prise en charge ni d'envisager un pronostic (88).

La notion d'usage à risque, en amont de l'usage nocif, n'y est pas présente.

C'est l'une des spécificité de l'évaluation pratique de la consommation d'alcool proposée par la société française d'addictologie.

Cela nous intéresse d'autant que chez l'adolescent le risque semble se situer probablement plus en terme d'usage à risque ou d'usage nocif qu'en terme de dépendance et de conséquences physiques au long cours.

1.2.3.3 Usage avec dépendance

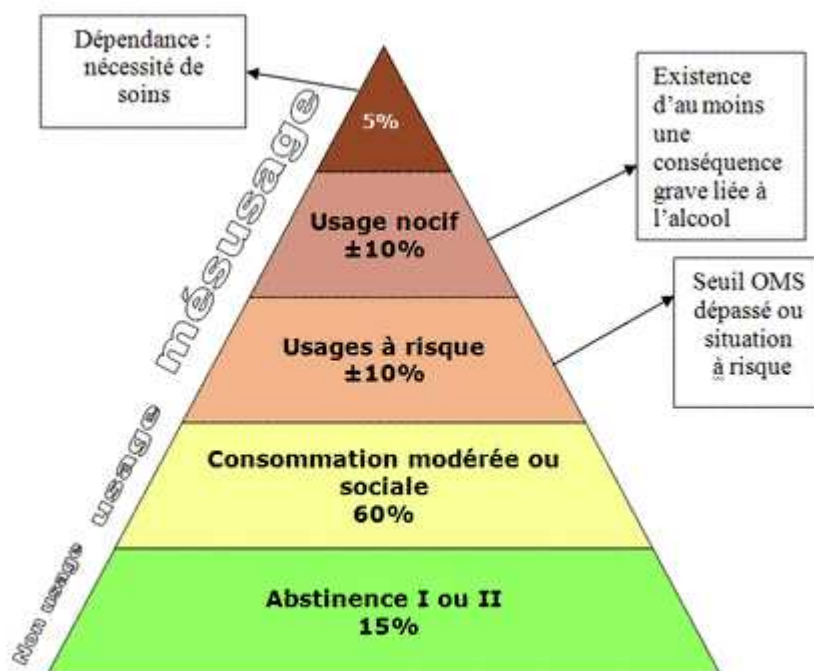
Il est défini par toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une **perte de la maîtrise** de sa consommation par le sujet ou **perte de la liberté de s'abstenir de boire**. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à des seuils de consommation ni par l'existence de dommages induits 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 et de la « dépendance à une substance » (l'alcool) dans le DSM-IV. 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 (88).

Pour conclure, il faut noter l'existence d'un **continuum** entre les différents mésusages qui est bien matérialisé par la **pyramide de Skinner** (13). C'est tout l'intérêt du dépistage précoce qui permet une intervention d'amont. En outre, à chaque type de mésusage correspond un type de prise en charge particulier, comme par exemple la nécessité d'un traitement pharmacologique en cas de dépendance avérée, d'où l'intérêt d'une typologie précise.



Pyramide de Skinner

2) Quelques chiffres : résumés d'enquêtes épidémiologiques

2.1 Au niveau européen

The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (L'ESPAD) organise des enquêtes tous les 4 ans sur la consommation de substances psychoactives en Europe chez les jeunes de 15-16ans. La dernière remonte à 2007, elle a été réalisée dans 35 pays européens. La prochaine est en cours d'élaboration (50).

En résumé, la grande majorité des jeunes européens de 16 ans a déjà consommé de l'alcool. Les garçons consomment plutôt de la bière, les filles préférant les spiritueux. Depuis 1995, la consommation totale d'alcool est stable mais les consommations de type « **binge drinking** » ou **consommation épisodique sévère** ont augmenté, notamment chez les garçons.

En moyenne, les adolescents boivent plus de quantité d'alcool que les adolescentes. Dans les pays nordiques les consommations sont moins fréquentes mais plus importantes en quantité comparés aux pays du sud de l'Europe. C'est d'ailleurs dans ces pays nordiques que les consommations de type « binge drinking » sont les plus fréquentes.

Nous aborderons les différents modes de consommation dans un prochain chapitre.

2.2 Au niveau national

L'enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense) : l'enquête se déroule depuis huit ans lors de la journée d'appel à la préparation à la défense, dirigée par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie (OFDT), en partenariat avec la Direction du service national, auprès des adolescents âgés de 17 ans. Elle est centrée sur la santé, les usages de drogues et les modes de vie (71). Les niveaux d'usages réguliers des principaux produits (tabac, alcool, ivresse et cannabis) sont globalement en baisse depuis 2005. Toutefois on observe une **hausse modérée des épisodes de consommations ponctuelles sévères d'alcool** (au moins cinq unités en une occasion) depuis 2005 : la répétition d'au moins dix épisodes dans le mois, qui concerne moins de 3% des adolescents, progresse de 8 %.

La **situation et le parcours scolaire** apparaissent fortement liés aux consommations de produits psychoactifs licites et illicites. Les jeunes en apprentissage et ceux qui sont sortis du système scolaire sont plus nombreux que les jeunes élèves en filière générale, technique ou professionnelle à déclarer fumer quotidiennement, boire régulièrement de l'alcool, connaître des ivresses répétées, fumer du cannabis ou avoir pris de la cocaïne au cours de leur vie.

La « fête » est le principal motif de consommation d'alcool ; la « défonce » ne totalise que 11 % des réponses, et les consommations à visée anxiolytiques, relaxantes, ou compensatrices de difficultés sont très rares. Moins d'un consommateur dans le mois sur vingt dit boire par habitude, moins d'un sur cent être dépendant. *A contrario*, les non consommateurs récents d'alcool, de tabac ou de cannabis justifient en premier lieu leur comportement par l'absence d'intérêt et les craintes pour leur santé, la peur de devenir dépendant étant le troisième motif énoncé (l'alcool arrivant sur ce point loin derrière le tabac et le cannabis).

2.3 Au niveau régional

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, l'Institut National de Prévention et d'Éducation en Santé (INPES) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes intitulées *Baromètre santé*. Ces séries d'enquêtes abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français.

En 2005, en associant le résultat des enquêtes *Baromètre santé* à celles obtenues par l'enquête ESCAPAD cette année là, il a été établi un atlas régional des consommations d'alcool des adolescents de 17 ans en 2005 (15).

Il en ressort que **la Lorraine présente un profil de consommation d'alcool assez proche de la moyenne métropolitaine**, que ce soit à l'adolescence (graphique 1) ou à l'âge adulte. La population adulte paraît plutôt sous consommatrice, sauf pour la consommation de bière, et ses ivresses sont tout à fait proches de la moyenne. Un constat similaire peut être fait pour la population adolescente, qui se distingue néanmoins par une légère surconsommation de prémix (boisson issue du mélange entre de l'alcool et un soda le plus souvent).

Les niveaux d'usage à risque sont par ailleurs similaires à ceux du reste de la France (graphique 2).

Enfin, les jeunes lorrains déclarent plus que la moyenne boire de l'alcool dans les lieux publics extérieurs, et moins dans les domiciles privés ou les discothèques, qu'ils fréquentent par ailleurs moins souvent que la moyenne. Globalement la Lorraine ne se démarque que très rarement du reste de la métropole du point de vue de sa consommation d'alcool.

Graphique 1 : Fréquences de consommation d'alcool à 17 ans

	Lorraine				Métropole		
	2005 (%)				2002/2003 (%)	2005 (%)	
	Garçons	Fille	Ensemble	Sex ratio	Ensemble	Ensemble	Sex ratio
Expérimentation	94	89	92	1	93	92,3	1
Usage au cours du mois	83	71	77	1,2	78	78,7	1,1
Usage régulier	17	5	11	3,1	12	12	2,9
Usage quotidien	2	1	1	2,4	1	1,2	6,8

Sources : Escapad 2002/2003 et 2005, OFDT.

Graphique 2 : usages à risque à 17 ans

	Lorraine (2005)				Métropole (2005)	
	Garçons	Filles	Ensemble	Sex ratio	Ensemble	Sex ratio
5 verres et plus en une seule occasion au moins une fois au cours des 30 derniers jours	58	33	46	1,8	45,8	1,6
5 verres et plus en une seule occasion au moins 3 fois au cours des 30 derniers jours	24	8	16	2,9	17,9	2,6
Plus de 1 verre avant de conduire un deux-roues motorisé au moins une fois dans l'année	19	4	11	5	12,2	4,5

Source : Escapad 2002/2003 et 2005, OFDT.

D'autre part, l'enquête HSBC (Health Behaviour in School-aged Children) est menée dans 41 pays ou régions du monde occidental, depuis la fin des années 90 (70). Elle est coordonnée par le service médical du rectorat de Toulouse, avec le soutien et la coordination de l'INPES et de l'OFDT.

La déclinaison régionale de cette enquête en Lorraine en 2007 a été réalisée en milieu scolaire sur un échantillon représentatif des élèves de 11, 13 et 15 ans et a permis de décrire leur état de santé et leurs attitudes et comportements face à la santé et aux risques. Les résultats du volet alcool de cette étude sont résumés dans le graphique 3. Les premières survenues d'évènements tels que les consommations de substances psycho actives à l'adolescence sont une des problématiques centrales des enquêtes HBSC nationales et régionales.

L'un des points forts de l'enquête est de pouvoir interroger les jeunes au moment même où ils font ces premières expériences et de pouvoir réaliser le suivi de l'évolution de ces indicateurs. L'intérêt porté à ces conduites d'essai prend tout son sens dans la mesure où elles peuvent être prédictives d'une installation durable du comportement avec ses conséquences en termes de santé publique.

Graphique 3 : Comportement vis-à-vis des boissons alcoolisées (en %)

	11 ans			13 ans			15 ans			Total
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total	
	393	401	794	435	403	838	414	366	780	2412
Consommation d'alcool										
jamais	60,4	46	53,1	36,9	27,6	32,2	19,1	16,8	18	34,5
expérimentateur	35,5	42,8	39,2	46,4	46,2	46,3	47,5	38,4	43	42,8
occasionnel	2,9	8,7	5,8	13,9	20,9	17,4	32,1	40	36	19,7
répété	0,4	1,1	0,8	0,7	3,3	2	0,5	1,3	0,9	1,2
quotidien	0,7	1,4	1,1	2,1	2	2	0,7	3,6	2,1	1,7
A eu au moins une ivresse	1,3	8,3	4,8	16,1	15,2	15,7	40	47	43,4	21,2
Consommation au moins une fois par semaine										
bière	0,5	0,8	0,7	1,4	2,8	2,1	5,8	14,9	10,2	4,3
vin	0,2	0,6	0,4	0,9	1,3	1,1	1,1	4,1	2,5	1,4
Alcools forts	0,4	1,1	0,8	1,4	2	1,7	2,6	7,9	5,2	2,5
premix	0,4	2,3	1,4	5,5	4,5	5	4,9	11,9	8,3	4,9
cidre	0,4	2,9	1,7	2,1	3,8	3	1,4	3,1	2,2	2,3
Autre alcool	1,2	1,3	1,2	2,1	4,8	3,4	3,3	7	5,1	3,3

Source : enquête HBSC 2007.

3) Spécificité de la consommation d'alcool à l'adolescence

3.1 Historique de la consommation d'alcool chez les adolescents

La consommation d'alcool à l'adolescence n'est pas un phénomène récent. On en retrouve la description chez les étudiants américains au XVIII^e siècle. Cependant, jusque dans les années 1970, cette consommation ne représentait pas un problème de santé publique. Elle était socialement tolérée car elle marquait symboliquement le passage à l'âge adulte, la fin des études ou le service militaire par exemple.

D'une consommation purement initiatique et événementielle, cette consommation devint ensuite, en France également, de plus en plus massive et fréquente. De nos jours, il semble en fait exister chez les adolescents une plus grande recherche de l'ivresse (95). Progressivement donc, l'intérêt général s'est porté sur les adolescents et leur consommation d'alcool. Ceci d'autant plus que se développait un phénomène nouveau, le *Binge Drinking* auquel nous consacrerons un chapitre.

Ce terme anglo-saxon n'a pas de traduction littérale en français. Certains parlent de *Biture Express*, les jeunes de *Défonce*, leurs aînés de *Cuites*. D'une manière générale, il désigne un mode de consommation excessif de grandes quantités d'alcool. Nous tâcherons d'en préciser la définition ultérieurement.

3.2 Les différents modes de consommation à l'adolescence

3.2.1 Introduction

Avant de distinguer les différents modes de consommation, il convient de rappeler quelques généralités.

Tout d'abord, s'il est vrai que l'immense majorité des patients dépendants ont commencé leur consommation à l'adolescence, il n'en est pas moins vrai que tous les adolescents consommateurs ne deviendront heureusement pas dépendants (3).

D'où le double enjeu pour le médecin qui prend en charge des adolescents :

- **Ne pas stigmatiser** de façon indifférenciée tous les adolescents consommateurs. Le danger de la stigmatisation est bien résumé par l'écrivain J.Genet : « Plus je suis coupable à vos yeux, plus solide deviendra mon identité dans ma solitude mais aussi dans ma liberté » (11). C'est le danger de la marginalisation.

- **Ne pas banaliser** au risque de passer à côté d'une consommation à risque, et donc pour cela mieux cerner les facteurs qui semblent prédisposer l'individu à un engagement dans une consommation durable, croissante et à risque de dépendance.

D'autre part, la notion d'**usage à risque** introduite au chapitre 1.2.3.1 prend ici tout son sens, en amont de l'usage nocif puisque «non encore associée à un quelconque dommage médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme ».

Ainsi, sont ici concernés des sujets qui, sans être déjà inscrits dans une consommation abusive ou dépendante, présentent cependant des caractéristiques, traits de comportement ou des circonstances de consommation qui contiennent déjà un risque pour le consommateur, risque immédiat ou potentiel. Les **caractéristiques** du consommateur (enfant, adolescent, femme enceinte) et le **mode de consommation** (recherche d'ivresse, de « défonce ») sont ici pris en compte autant que la valence quantitative (65).

3.2.2 La consommation festive et récréative

Ce type de consommation est fréquent parmi les étudiants. Cette consommation se fait en **petit groupe** de copains, **jamais seul**, le plus souvent **le week-end**, pendant les vacances ou les fêtes. C'est l'effet euphorisant qui est recherché.

Le **cursus scolaire est maintenu** ainsi que les autres investissements (sportifs, culturels et sociaux). Dans ce type de consommation, on ne retrouve **pas nécessairement de facteurs de risque** familiaux ou individuels.

Toutefois, le fléchissement scolaire est possible. De même, l'habitude de boire peut s'installer sous la pression du groupe et conduire à une escalade dans la consommation (3).

3.2.3 La consommation auto-thérapeutique

Ici, c'est **l'effet anxiolytique ou antidépresseur voire excitant de l'alcool** qui est recherché. Cette consommation est souvent **solitaire, plus régulière, souvent cachée**, en particulier le soir dans la chambre. Elle serait **plus fréquente chez la jeune fille**.

Toutefois, cette consommation solitaire peut alterner avec des moments de consommation en groupe. Ces adolescents présentent fréquemment les premiers signes d'un **décrochage scolaire** voire d'un échec scolaire. Parfois existe également un désintérêt pour les activités habituelles (sportives et culturelles).

Enfin, leur vie sociale est plutôt pauvre avec un isolement relatif. Parfois, ces conduites alcooliques évoquent de réels **équivalents suicidaires**. Le **développement d'une dépendance** est à craindre dans ce type de consommation d'alcool (3).

3.2.4 La consommation toxicomaniaque

Ici, c'est donc **l'effet « anesthésie/défonce »** qui est recherché. La consommation peut être à la fois **solitaire ou en groupe, régulière voire quasi quotidienne**. **L'exclusion** de la scolarité, des circuits sociaux est fréquente avec des **comportements de rupture**. L'adolescent n'a de relations qu'avec les autres jeunes en situation marginale et/ou de rupture. Il serait fréquent et même habituel de retrouver des facteurs de risque familiaux tels la mésentente parentale chronique, une atmosphère étouffante et hyper-rigide, des difficultés socio-économiques majeures, un laxisme et une indifférence des parents. On retrouve également des facteurs de risque individuels mais souvent masqués par la massivité de la consommation et ses effets (par exemple l'effet somnifère de l'alcool peut masquer des troubles du sommeil). Ce type de consommation d'alcool s'accompagne souvent de la prise concomitante de drogues illicites ou de médicaments psychotropes dont l'alcool amplifie les effets.

Par ailleurs, l'alcool peut représenter, pour un certain nombre de toxicomanes avérés, «un produit de substitution dans une étape de désintoxication sur le chemin de la "guérison" » ou encore servir de «produit de relais» en cas de rupture d'approvisionnement de drogue.

Melissa est une jeune fille de 15 ans hospitalisée à de multiples reprises pour alcoolisation aiguë sur terrain d'alcoolisation chronique, ainsi que pour des intoxications médicamenteuses volontaires. Elle est dans une situation de grande vulnérabilité et cumule conduites à risques et refus de soins.

Elle vit chez son père, ses parents sont divorcés et sa mère remariée, mais elle voit les
2.

Elle est descolarisée depuis plusieurs mois suite à une exclusion du collège pour non respect des règles de l'internat. Elle présente de multiples conduites à risque : vols pour se procurer de l'alcool, fugues, scarifications, rapports sexuels non protégés.

*Son score ADOSPA est de 5 (question 1,3,4,5,6). Elle présente un **risque addictif** important.*

Elle fume du tabac et cannabis régulièrement.

Devant le refus de suivi pédopsychiatrique en externe qui avait été organisé au cours de la précédente hospitalisation et devant le danger que Melissa représente pour elle-même, une ordonnance de placement provisoire est décidée et un transfert en service d'hospitalisation spécialisé de pédopsychiatrie est organisé le lendemain de son hospitalisation.

3.3 Et le binge drinking ?

Du verbe anglo-saxon « *to binge* » signifiant « faire des excès », le terme de binge drinking n'est pas sans évoquer la notion de « *binge eating* » ou « hyperphagie boulimique ». Cette notion introduite depuis quelques années en France tend à être de plus en plus utilisée lorsqu'on parle de l'alcool chez les adolescents. Précisons que le Binge Drinking est également retrouvé dans la population adulte mais semble toutefois plus caractéristique chez les adolescents.

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

Le Binge Drinking est d'ailleurs devenu le premier problème de santé publique concernant les étudiants de ce pays.

En France, ce phénomène a été médiatisé plus tardivement et ne suscite l'intérêt public que depuis quelques années seulement (65).

A la différence de l'ivresse aiguë qui peut renvoyer à des perceptions individuelles très diverses, la notion de « binge drinking » ou consommation ponctuelle importante correspond à une définition précise proposée en 2004 par le National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA): alcoolémie supérieur ou égal à 0,8 grammes d'alcool par litre de sang.

Pour un adulte standard, ceci correspond à une consommation de **5 unités ou plus chez l'homme (ou 4 unités ou plus chez la femme), en environ 2 heures** (84).

Cependant la définition varie en terme de dose selon les observateurs, celle indiquée ci dessus correspond à la France. Une autre définition, plus qualitative, décrit ce phénomène par le fait de **boire de l'alcool dans l'intention d'être ivre rapidement** (37).

On rappellera ici que le terme "Ivresse" est la manifestation de l'intoxication alcoolique, elle entraîne des modifications physiologiques, psychologiques et comportementales. La notion d'ivresse ne peut pas être directement corrélée au taux d'alcool dans le sang, au regard des différences de réactions individuelles par rapport à l'alcool.

Quoi qu'il en soit, il s'avère que cette pratique semble être très répandue en Europe avec près de **80 millions de personnes de plus de 15 ans** reconnaissant cette pratique selon l'eurobarometre de 2007, de façon prépondérante dans les pays du nord de l'Europe. Pour rappel la population européenne en 2011 est d'environ 740 millions d'habitants.

En France, elle apparait préférentiellement masculine : 55,6 % des garçons de 17 ans contre 35,6% des filles du même âge l'ont eu au moins une fois (71). Le « binge drinking » est beaucoup moins répandu à l'heure actuelle en France que dans de nombreux autres pays européens.

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 Martin et Moira Plant (92) à intituler « Binge Britain » leur important ouvrage consacré à cette modalité d'alcoolisation. 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 durant les trente derniers jours) est encore plus élevée au Danemark (26 %) et toujours considérable en Finlande (16 %).

Et bien que le phénomène « **Binge drinking** » ne soit pas reconnu comme une conduite pathologique à part entière, il semble correspondre au minimum à la définition de l'**usage à risque** explicitée précédemment en raison de sa potentielle gravité du fait de nombreuses conséquences que nous aborderons dans un prochain chapitre, et doit être considérée comme une conduite à risque.

Ce nouveau mode de consommation ne trouve probablement pas ses explications dans une origine unique. Afin de comprendre cette problématique, il faudrait prendre en compte un ensemble de facteurs tout aussi complexe que ceux qui ont fait de notre société ce qu'elle est aujourd'hui.

Pour le Dr Batel P., responsable d'une unité fonctionnelle de traitement ambulatoire des maladies addictives à Paris, les hypothèses avancées sont :

- La recherche évidente de désinhibition que provoque l'alcool, la **recherche de sensations extrêmes**.

- Cette défonce pourrait être en **miroir** « à une **injonction de notre société** » : « toujours plus vite, toujours plus intense, toujours plus nouveau » ;

- Soumis à des **pressions** de plus en plus grandes sur le plan scolaire et quant à l'avenir professionnel, les jeunes tenteraient aussi de « décompresser », de s'échapper... jusqu'à l'oubli.

- En dehors de situations de détresse psychologique, des **raisons culturelles** sont parfois évoquées : « l'alcool est ancré dans les familles et ne fait pas peur aux parents. » D'où alors un manque de mise en garde de la part des adultes ;

- Enfin, l'alcool pourrait être perçu par les jeunes comme une **aide au dialogue** en face à face alors que pour communiquer entre eux, ils utilisent de plus en plus les SMS, les messageries instantanées, etc.

Ces raisons sont en partie confirmées par les jeunes eux-même. Une étude américaine a analysé les motifs mis en avant par les jeunes. Les raisons invoquées sont **l'amusement, faire comme les copains, s'échapper** du quotidien, **se lâcher et oublier** les frustrations de la journée de travail, trouver de **l'assurance en groupe** (109).

*Antoine R. est un jeune homme de 17 ans en bonne santé sans antécédents particuliers. Il a été retrouvé à la fin d'une soirée du mois d'octobre par les pompiers, endormi sur un banc et très fortement alcoolisé. Il a déclaré avoir bu un litre de bière à 7,6 degrés avant de s'endormir sur le banc mais ne se rappelle plus du reste de la soirée, ce qui semble correspondre aux critères d'une consommation massive type **binge drinking**. L'alcoolémie revient à 1,97g/l, les toxiques urinaires sont négatifs. L'ADOSPA est à 3 (question 1,3,6).*

Par ailleurs, Antoine habite chez ses parents qui sont en cours de séparation. Son père serait alcoolique et violent à l'occasion d'après la mère.

Il est apprenti boucher depuis un an et sa formation lui plaît. Il dit ne pas avoir de relations amoureuses stables actuellement et n'avoir jamais eu de relations sexuelles. Il n'a aucune doléance en rapport à sa santé, il dort bien et mange avec appétit.

On note que le premier épisode d'alcoolisation aiguë a eu lieu à 15 ans et qu'il s'est déjà endormi sur la voie publique suite à cela. Il n'a aucune critique du geste et se justifie en disant que c'est moins dangereux que de reprendre son scooter.

Il ne consomme par ailleurs aucun autre toxique. Il dit avoir déjà participé à des bagarres de rue.

Antoine sera hospitalisé 24 heures et adressé en consultation d'addictologie à sa sortie devant la répétition des épisodes et l'absence d'auto-critique.

3.4 L'alcool vu par les adolescents

Une étude a été réalisée en 2009 en Belgique par le Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (CRIOC) sur l'expérience et la perception de l'alcool, les motifs d'en consommer et le comportement en matière de consommation d'alcool chez 2519 jeunes âgés de 10 à 17 ans. Ont été évalués entre autre la perception du risque lié à la prise d'alcool et les motifs de l'attrait pour celui-ci.

Les jeunes sont convaincus du danger de la combinaison alcool et **conduite automobile** pour 90% d'entre eux.

Ils associent également d'autres effets négatifs à l'alcool : 2 jeunes sur 3 estiment que l'alcool rend **agressif** et que la consommation d'alcool peut causer de **graves maladies**. Plus de la moitié est d'accord avec la proposition qui dit que **l'alcool tue**. Il est cependant clair également qu'ils voient peu de danger lors d'une consommation limitée. Plus de 4 jeunes sur 5 estiment que le premier verre d'alcool n'est pas si dangereux, qu'il suffit d'arrêter de boire à temps.

Il y a cependant une grande divergence entre la conviction et le comportement: presque 60% des jeunes déclarent qu'ils ont déjà bu plus de six verres à une même occasion, et souvent cela s'est produit plusieurs fois dans les six derniers mois précédant l'enquête. Près d'un quart des jeunes confirment qu'ivres ils ont déjà blessé quelqu'un.

Pour la majorité d'entre eux, alcool n'est pas synonyme d'amusement et de détente. En effet, ils sont « seulement » 45% à penser que boire aide à se détendre et 29% que l'alcool est nécessaire à créer une bonne ambiance.

En outre, ils ne sont que 20% à penser que l'alcool n'est pas si dangereux quand on est jeune et 16% à avouer des difficultés à s'arrêter de consommer une fois qu'ils ont commencé à boire.

Par ailleurs, les **motifs** invoqués pour leur consommation sont par ordre décroissant : se détendre (64%, ce qui peut sembler contradictoire avec le fait que 55% pensent qu'il est inutile à cet effet), l'habitude (47%), faire comme les autres (46%), se saouler (35%), pour paraître adulte (30%), parce qu'il (elle) se sent mal (29%).

Pour conclure, il semble que les jeunes soient **en majorité conscients des risques** liés à l'alcool. Dans le même temps, l'usage de l'alcool est associé à la **convivialité** et à la **sociabilité** entre pairs à un âge où l'influence des pairs et le conformisme par rapport au groupe semblent prépondérants (26).

3.5 Pour quels risques?

3.5.1 Les risques somatiques

Les complications liées à la consommation chronique d'alcool ; complications hépato-gastro-entérologiques, cardiovasculaires, carcinologiques ou encore neurologiques ne concernent pas directement les adolescents et ne seront pas traitées dans ce chapitre.

- Les 15-24 ans représentent 13% de la population, mais 27,6% des tués sur la route. Les **accidents de la route sont la première cause de mortalité chez les 15 à 24 ans**. On estime le risque relatif d'accident mortel multiplié par deux dès 0,5g/l d'alcoolémie et par 10 entre 0,8 et 1,2g/l.

- La consommation d'alcool, conduite à risque en elle-même, favorise par son action desinhibante d'autres conduites à risques. L'exemple typique sont les **relations sexuelles non protégées** exposant l'individu aux maladies sexuellement transmissibles ou à un grossesse non désirée.

L'association entre prise de risque sexuel (activité plus précoce, non protégée, multi partenaires) et initiation précoce à l'usage de substances psycho actives a été plusieurs fois mise en évidence (101).

En outre, l'alcool est associée aux prises de risque sur route, aux actes de **violence** auto ou hétéro agressifs (tentatives de suicide, agressions, blessures), à des comportements délictueux ou bien encore à la la **démotivation scolaire**.

- Le **coma éthylique** peut survenir à des taux d'alcoolémie variables à partir de 2,5 g/L chez les individus n'ayant pas l'habitude de consommer de l'alcool, alors que des individus très tolérants peuvent supporter des alcoolémies supérieures à 5 g/L. Le coma éthylique se caractérise le plus souvent par une fluctuation rapide de l'état de conscience avec des phases d'agitation qui alternent avec des épisodes de confusion et d'altération de la vigilance plus ou moins marquée allant jusqu'à une perte de conscience totale. La prise en charge lors d'un coma éthylique n'est pas spécifique, après avoir éliminé les autres causes de coma ou une intoxication médicamenteuse associée. Elle impose une surveillance rapprochée et peut nécessiter une ventilation artificielle devant la profondeur du coma et le **risque d'inhalation**, l'autre risque étant **l'hypoglycémie et l'hypothermie** réactionnelle à l'alcoolisation.

Flavien B. est un jeune homme de 17 ans sans antécédents particuliers.

Un samedi soir, alors qu'il consomme de l'alcool avec des amis, il tombe d'un muret et est victime d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance initiale. Il est adressé aux urgences et reprend conscience mais présente une agressivité importante associée à un délire paranoïaque, ce qui amène la réalisation d'un scanner cérébral pour éliminer une hémorragie intracrânienne. Lors du scanner, il se met à vomir et devant le risque d'inhalation, le médecin urgentiste décide de l'intuber. Le scanner réalisé s'avérera normal. Il est transféré en réanimation pour la nuit, est extubé le lendemain et rentre à domicile le soir.

Le lendemain, en début de soirée, il présente une symptomatologie atypique à type de contractures cervicales involontaires associées à des sueurs profuses. Il consulte donc aux urgences pédiatriques et le diagnostic de torticolis spasmodique à la loxapine est porté.

Il s'agit d'une forme de dyskinésie aux neuroleptiques.

Son état sera amélioré après une injection de lepticur.

Flavien avoue par ailleurs une consommation festive les week end sans trouble psycho social retrouvé. L'ADOSPA est à 3 (question 1,3,5).

*Ce dossier illustre bien le **risque vital** parfois engagé dans les conduites d'alcoolisation.*

- De récentes études sur le **binge drinking** montrent qu'une consommation épisodique massive entrainerait des **lésions cérébrales**. Contrairement au corps qui atteint sa taille et son morphotype adulte, le cerveau de l'adolescent n'a pas fini sa maturation qui se poursuit bien au-delà de la période d'adolescence. Les connections entre l'amygdale, l'hippocampe et le cortex frontal augmentent considérablement durant l'adolescence (51). Hors, une étude récente fait état de lésions de l'hippocampe lors d'alcoolisations répétées chez les primates, plus exactement une atteinte des précurseurs neuronaux (99).

Cette petite zone, située à la hauteur du lobe temporal, joue un rôle clé dans les processus d'apprentissage et de mémorisation, notamment des informations spatiales.

- Plus anecdotique mais potentiellement grave est le *holiday heart syndrome*. Il s'agit d'un **trouble du rythme cardiaque** induit par l'alcool. Il s'agit le plus souvent d'une arythmie complète par fibrillation auriculaire. Dans de rare cas, elle peut conduire à la formation d'un thrombus intra auriculaire avec le risque de projection artérielle et donc d'accident vasculaire ischémique.

3.5.2 Alcoolisations et équivalents suicidaires

Selon D. Bailly (11), l'association abus d'alcool/gestes suicidaires n'est pas rare chez l'adolescent et serait en augmentation. Certains auteurs ont ainsi parlé d'« **équivalents suicidaires** » à propos des ivresses aiguës ou de « suicide chronique » pour les conduites d'alcoolisation excessive et prolongée.

Pour Marcelli et Braconnier (3), le terme « équivalent suicidaire » se rapporte à certains « comportements au cours desquels le désir conscient d'attenter à sa vie n'a pas été exprimé, mais où la structure psychopathologique de l'adolescent de même que son environnement (...) présentent de grandes similitudes avec ce qu'on observe chez les adolescents suicidants ». Il s'agirait, en fait, de certaines conduites dangereuses répétitives mettant en alerte sur la possibilité de passage à une réelle tentative de suicide.

Ainsi, les IAA à l'adolescence sont potentiellement dangereuses non seulement par le biais de leurs conséquences somatiques ou comportementales, mais aussi par la **signification inconsciente** que de telles conduites peuvent sous-tendre (65).

Mlle Sylvie B., 14 ans, est prise en charge pour un premier épisode d'alcoolisation aiguë.

*On note dans ses antécédents un asthme ancien, une spasmophilie et une **IMV** un an auparavant.*

Elle boit en début d'après midi une demi bouteille de manzana puis va en cours et est adressée aux urgences par son professeur. Elle critique son geste, regrette de faire de la peine à sa mère mais dit avoir fait cela pour oublier une séparation et un contexte familial difficile. Ses parents sont divorcés, elle vit chez sa mère et ne voit plus son père depuis 2002 suite à des violences. Elle a 2 sœurs plus âgées avec qui elle s'entend bien.

Elle est en troisième, bonne élève, et veut devenir médecin.

Après une nuit passée dans le service, elle sera autorisée à sortir le lendemain après un entretien avec la psychologue et proposition de suivi en externe.

*Elle récidivera une **IMV** 4 mois plus tard pour laquelle elle sera hospitalisée pendant 5 jours, sans gravité somatique.*

*Peut-on penser que ce premier épisode d'IAA fait office d'**équivalent suicidaire** ?*

Tout au moins on peut noter des signes de souffrance psychique chez cette patiente qui doivent alerter.

3.5.3 Risques évolutifs du mésusage d'alcool à l'adolescence

Parmi les adolescents consommateurs d'alcool, 14% de ceux présentant une consommation «nocive» (selon les seuils de l'OMS) d'alcool à l'adolescence poursuivent ce type de conduite d'alcoolisation à 30 ans, contre seulement 4% de leurs homologues ne présentant pas ce type de conduite d'alcoolisation à l'adolescence (75).

Une autre étude s'est intéressée au risque de développer une dépendance à l'alcool chez les adolescents fréquemment consommateurs d'alcool (trois fois au plus par semaine) (22). Les auteurs mettent en évidence un **lien entre alcoolodépendance au début de l'âge adulte et consommation fréquente d'alcool à l'adolescence**.

Ces deux études démontrent indirectement **l'importance de la prévention du mésusage d'alcool chez les adolescents** et donc de son dépistage.

3.6 Marketing et législation au regard des mineurs

3.6.1 Marketing ciblé

Dans son rapport sur la prévention et la lutte contre l'alcoolisme remis au ministre de la santé de l'époque, Philippe Douste-Blazy, en novembre 2005, Hervé Chabalier constate que « les jeunes de 17 à 18 ans dépensent en France, de **26 à 42 millions d'euros dans l'alcool par mois** ». Ces sommes importantes en font donc une « **cible clairement identifiée** » de l'industrie de l'alcool. Les publicitaires ont donc pour mission de transmettre un message auquel l'adolescent sera sensible, l'incitant à acheter telle boisson plutôt qu'une autre.

M. Le Fourn, psychologue, écrit en 2007 : « les liquides et leurs packagings proposent à ces passagers allant vers le monde de l'adulte de nouvelles attitudes, gestuelles, de nouveaux signifiants, de nouvelles incorporations pour se différencier coûte que coûte, et déambuler, prêts à paraître, décidés à être ».

Ainsi le marché des boissons alcoolisées a vu apparaître nombres de nouveaux produits ces dernières années. Le public jeune, et plus particulièrement féminin, est une cible de choix pour les alcooliers. Sous des couleurs de sodas, avec beaucoup de sucre qui masque le goût de l'alcool, de nouveaux mélanges de boissons alcoolisées aux noms surnaturels et branchés ont envahi les rayons de supermarché au début des années 2000. Ce sont les « **premix** » ou « alcopops », beaucoup plus prisés que les alcools « traditionnels » que sont le vin ou le cidre. La recette est toujours la même : un alcool fort (la vodka est très prisée), de la bière ou du vin, avec du citron, du pamplemousse, des fruits rouges, du gingembre, de la réglisse, et beaucoup de sucre. L'association peut également se faire avec une boisson énergétique très en vogue chez les adolescents et censée démultiplier l'effet du produit.

Le résultat, en moyenne, c'est **5 degrés d'alcool, 130 calories par unité et un prix au litre entre 4 et 5 euros**. Le conditionnement est individuel et l'adolescent est mis à contribution pour la création de la bouteille via des jeux concours sur internet. Le « **look** » de la bouteille est primordial puisqu'il transmet un message : on « présente sa puissance, son pouvoir réel ou imaginaire, sa soif de conquête, sa sexualité » (32).

Pour M. Le Fourn, il y a dans leurs pratiques « une quête d'indépendance, de recherche de différenciation, de mise à distance de leur trop grande proximité et de leur inquiétude à partager trop longtemps les mêmes aliments que leurs parents (comme par exemple le vin). Cette crainte d'incorporation du même renverrait vers un monde de fantasmes incestueux ».

Exemple de marketing ciblé pour les adolescents :



Il s'agit d'un collectif employé par desperados (bière et tequila) qui traverse la France l'été dans un van aux couleurs de la marque en organisant des soirées dans des bars. Chaque personnage du collectif a un rôle explicité au travers du site internet de la marque. La culture ado est ici clairement mise en avant : look jeune et « cool » (tatouages, habits sexy), séduction, esprit de fête et de liberté. La finalité étant in fine d'associer ces valeurs à la consommation de cette boisson dans l'esprit de l'adolescent.

Ce n'est qu'un exemple parmi beaucoup et nous n'avouons aucun conflit d'intérêt avec cette marque.

3.6.2 Législation

Plusieurs dispositions visent spécifiquement à protéger les mineurs vis-à-vis de l'alcool, au travers la loi du 10 janvier 1991 dite « **loi Evin** » :

- Faire boire un mineur jusqu'à l'ivresse est un délit ;
- Il est interdit de distribuer à des mineurs des objets nommant, représentant ou vantant les mérites d'une boisson alcoolisée ;
- L'accès des mineurs à l'alcool est strictement réglementé. Jusqu'à présent, la réglementation prenait en compte l'âge (16 ou 18 ans), la modalité d'achat (consommation sur place ou à emporter) et le type de boissons (vin, bière et cidre d'une part, boissons plus fortement alcoolisées d'autre part).

La complexité de la loi Evin est à souligner, car elle distinguait les mineurs de moins de seize ans (auxquels toute vente ou offre de boissons alcooliques est interdite) et les mineurs de seize à dix-huit ans (auxquels sont interdits exclusivement les boissons du troisième au cinquième groupe et auxquels donc est autorisée la vente ou l'offre de celles du deuxième groupe : vin, bière, cidre, poiré, hydromel).

Comme souligné dans un récent rapport (61) « cette complexité des lois françaises pour l'accès des mineurs aux ventes d'alcool légitime un large éventail d'interprétations personnelles des débitants ».

S'y ajoutait la difficulté pour eux d'apprécier l'âge exact du consommateur ou de l'acheteur (85).

La loi Evin, définit les supports et contenus autorisés, tout ce qui n'est pas explicitement autorisé étant prohibé.

Ainsi la publicité pour l'alcool est-elle permise dans la presse écrite (sauf la presse destinée à la jeunesse), à la radio (dans certaines tranches horaires), par voie d'affichage, mais interdite à la télévision et au cinéma, selon l'article L3323-3 du code de santé publique.

En outre, les parlementaires viennent d'adopter l'autorisation de la publicité en faveur de l'alcool sur Internet (support jusqu'alors non prévu dans la législation car il s'est développé postérieurement à la loi Evin), se contentant d'exclure de cette disposition les sites dédiés à la jeunesse ou au sport. Les jeunes étant de grands utilisateurs d'Internet, cette question est particulièrement sensible.

Concernant l'ébriété publique des mineurs, la loi stipule qu'un jeune en état d'ivresse doit « **non être conduit à ses frais au poste** le plus voisin ou dans une chambre de sûreté pour y être retenu jusqu'à ce qu'il ait recouvré la raison » comme c'est le cas pour une personne majeure, **mais être conduit à un service d'urgence hospitalier**, qui fera lui-même appel à une équipe de liaison en addictologie pour définir la conduite à tenir dans l'immédiat et pour le suivi (85).

Notons qu'un certain nombre de lois ont été voté récemment, à travers l'article 3342-4 du Code de la Santé Publique, créé par la **loi Hôpital santé territoire**. L'arrêté du 27 janvier 2010 précise l'**interdiction de la vente d'alcool aux mineurs de moins de 18 ans** (une pièce d'identité peut être demandée), l'interdiction des "happy hours" lorsque des boissons non alcoolisées ne sont pas proposées pendant la même période, et l'interdiction de délivrer de l'alcool à des personnes en état d'ivresse. Les « open bar », définis par le fait de consommer de l'alcool à volonté contre paiement d'un forfait, sont également prohibés.

En outre, la loi stipule qu'il est désormais interdit outre le fait de vendre de l'alcool aux mineurs, de vendre de l'alcool à crédit, et de se trouver en état d'ivresse manifeste dans les lieux publics. (cf affiche)

Enfin, il est désormais interdit de vendre des boissons alcooliques à emporter entre 18 h et 8 h dans les points de vente de carburant (auparavant interdiction entre 22h et 6h), ainsi que d'y vendre des boissons alcoolisées réfrigérées.

**Affiche relative à la protection des mineurs et la répression de l'ivresse publique
(doit figurer dans les débits de boisson alcoolisées)**



4) Facteurs de risque de mésusage d'alcool à l'adolescence

En reprenant la structure du dossier adolescent comme trame, nous tenterons de mettre en lumière certains facteurs favorisant la consommation d'alcool à l'adolescence reconnus dans la littérature. Il ne s'agira en aucune manière de dresser structurellement un profil de personnalité mais davantage de souligner des dimensions qui interviennent dans les mécanismes d'initiation et d'installation des conduites de consommation.

4.1 Le corps et le psyché ou les facteurs individuels

4.1.1 Le genre

Une étude de 2001 dirigée par M. Choquet met en évidence que les **garçons** consomment davantage que les filles et lorsque celles-ci consomment, elles seraient davantage en souffrance (idéations suicidaires élevées) (30). Une exception à cela, les filles seraient 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.

4.1.2 Puberté précoce

Une **puberté précoce** chez les jeunes adolescents (es) (premiers signes pubertaires avant 11 ans) serait un facteur de risque d'usage plus précoce d'alcool et éventuellement d'une consommation abusive, selon deux études indépendantes (104 et 39).

4.1.3 Facteurs psychologiques

On retrouve dans la littérature beaucoup d'articles mettant en évidence un lien entre facteurs psychologiques et consommation d'alcool. Certains troubles sont plus fréquemment retrouvés chez les jeunes consommateurs de substances psychoactives, ce qui pose la question de leur rôle prédisposant.

Les relations entre l'usage des toxiques et les manifestations psychopathologiques sont complexes, puisque la consommation de substances peut en être la cause ou la conséquence.

Plusieurs études chez des adolescents en population générale ont relevé une comorbidité entre troubles dépressifs, symptomatologie dépressive et abus de substances (79).

Des études épidémiologiques suggèrent également que la **dépression** précède cet abus, et, donc, il s'agirait de dépressions primaires (38).

D'autres auteurs enfin constatent que l'influence des **troubles anxieux** sur la consommation de toxiques varie selon l'âge : ils seraient un facteur protecteur (inhibiteur) durant l'enfance et deviendraient facteur de risque à l'adolescence (désinhibiteur), ces auteurs montrent également que les troubles anxieux préexistent généralement aux conduites de consommation de substances psychoactives (105).

4.1.4 Recherche de sensations, trouble du comportement et impulsivité

Dans notre étude, la **recherche de sensations** définit les autres conduites à risque en dehors de l'alcool : prise de risque à 2 roues, relations sexuelles non protégées par exemple. Les **troubles du comportements et impulsivité** comprennent les bagarres, les vols, les fugues, les scarifications.

Selon une étude française réalisée en 2001 (80), les **troubles du comportement** seraient significativement associés au risque d'abus de substances à l'adolescence.

Ces auteurs l'expriment ainsi : « Les adolescents ayant un trouble des conduites ont une polyconsommation (tabac, alcool, drogues), une faible conformité sociale, une pratique d'activités illicites, une activité sexuelle précoce ainsi qu'un rejet pour le conformisme ». En outre, les conséquences comportementales et émotionnelles de la toxicomanie vont limiter les chances du sujet à s'extraire d'un mode de vie antisocial. « Ainsi cette forte comorbidité serait l'expression d'une conduite cumulative : les conduites toxicomaniaques favorisant les conduites de délinquances et les conduites de délinquances impliquant l'usage de substances illicites » (41).

La notion de **recherche de sensations**, issue des travaux de Zuckerman est évaluée à l'aide d'échelles spécifiques qui prennent en compte la recherche de danger, la recherche d'expériences nouvelles et la désinhibition. Cette échelle permet globalement de distinguer, en fonction d'un score total et de sous-scores, les sujets dits « HS » (*High sensation seeker*), présentant un niveau élevé de recherche de sensations, des sujets dits « LS » (*Low sensation seeker*) à bas niveau de recherche de sensations (29).

Les études en population générale, notamment chez des lycéens, ont permis d'établir une relation entre les scores à l'échelle de Zuckerman et la consommation moyenne de drogues ou d'alcool. La quantité d'alcool consommée par les garçons est corrélée aux facteurs « recherche de danger et d'aventure » et « désinhibition » et, chez les filles, au seul facteur « désinhibition ». La recherche de sensations peut donc constituer l'un des facteurs favorisant essentiels des premières alcoolisations, notamment chez les sujets les plus jeunes (9).

4.2 Les facteurs environnementaux

4.2.1 La famille

Les **difficultés familiales** (monoparentalité, familles recomposées, violences intrafamiliales, mésentente chronique, deuil) représentent un facteur important de consommations de boissons alcoolisées à l'adolescence (30, 68).

A l'inverse, un support parental adapté serait un facteur protecteur de ces consommations abusives. La famille joue un rôle protecteur important, par son fonctionnement, les liens intrafamiliaux, le type d'éducation, le support parental (107).

L'**alcoolisme familial** est également un facteur reconnu dans la consommation précoce d'alcool, notamment l'alcoolisme paternel, qui augmenterait très clairement les risques de dépendance chez les jeunes (43). Cependant, en raison de l'impossibilité de connaître systématiquement les antécédents familiaux d'alcoolisme, ce critère ne sera pas retenu.

Enfin, la famille est traditionnellement un **lieu d'initiation** à la consommation d'alcool. Cette initiation reflète le rapport des parents à l'alcool (40).

En ce sens cette socialisation familiale n'est pas négative, dans la mesure où elle permettrait un **usage modéré et contrôlé** de ce produit (8). On se rapproche ici du **rite initiatique** au sens premier, qui a une **valeur d'intégration** progressive au monde des adultes à travers l'apprentissage de boire.

4.2.2 Les pairs

Comme nous l'avons vu les premières consommations d'alcool se déroulent dans un contexte familial. A l'adolescence, l'influence parentale décroît alors que celle des pairs augmente (64).

Alors que les parents tendent à vouloir dissuader l'adolescent de consommer une substance, le groupe de pairs est un lieu où **l'expérimentation** paraît possible. Les jeunes tendent de plus en plus à boire en bandes, « moyen de mieux **s'intégrer au groupe**, tout en s'attribuant des sensations euphorisantes », son usage en groupe permet un renforcement social de son utilisation (12).

Dans le groupe de pairs, l'alcool est valorisé, le fait « de tenir l'alcool » suscite l'**admiration** des autres, et la consommation entre copains procure le sentiment délicieux de la **transgression**.

Ces consommations aident l'adolescent à se forger une **identité**, à susciter la reconnaissance auprès du groupe de pairs, et à s'intégrer dans un **réseau social**.

Dans une étude Wills et Vaughan notent que les adolescents qui trouvent un bon soutien social auprès de leurs pairs et un faible soutien familial sont les plus à risques de consommer des substances comme l'alcool. Cependant, cette sensibilité au renforcement social ne semble importante que dans un usage occasionnel où prédomine l'expérimentation, et intervient beaucoup moins dans les processus de maintien de la consommation (106).

La pression et les caractéristiques du groupe de pairs sont donc des éléments importants à rechercher lors des entretiens cliniques, afin d'estimer les possibles consommations abusives et autres conduites à risques (108).

Cependant, les adolescents interrogés ne mettent que très rarement en avant la volonté d'imiter un entourage consommateur. Par contre, l'usage d'alcool est associé à la convivialité et la sociabilité entre pairs (71). C'est pourquoi cet élément ne sera pas retenu dans l'étude, car souvent occulté par l'adolescent.

4.2.3 La scolarité

Plusieurs phénomènes sont à décrire à ce sujet. Tout d'abord, il semble que la **déscolarisation**, une **éducation scolaire peu élevée ou de faible durée** soient corrélées à une plus grande consommation d'alcool.

L'autre grand pourvoyeur d'alcoolisation est les **études supérieures**, à travers les soirées étudiantes et week-end d'intégration par exemple (91). Ce sont donc d'un côté des catégories socio-professionnelles plutôt aisées et de l'autre les catégories défavorisées.

La population de notre étude étant mineure, les étudiants ne sont pas du tout représentés. C'est l'une des limites de ce travail, à savoir cloisonner les individus par tranche d'âge sans pouvoir prendre en compte la continuité de ce phénomène qui dépasse de loin la majorité civile. Nous y reviendrons dans la troisième partie.

4.3 Modalités de consommation à risque

4.3.1 Précocité

La consommation **précoce** d'alcool constitue un facteur déterminant d'une consommation ultérieure excessive et d'une dépendance. On estime le **risque multiplié par quatre pour ceux qui consomment avant 15 ans** (34).

Ces données les incitent à encourager, en termes de politique de prévention, une attention particulière vis-à-vis de l'âge de début de consommation.

Concrètement cependant, le fait de retarder l'âge du début de la consommation d'alcool ne « protégera » pas d'une éventuelle maladie alcoolique. Les auteurs notent cependant que les sujets consommant tôt de l'alcool sont ceux qui présentent le niveau le plus élevé de vulnérabilité à ce produit (9).

4.3.2 Cumul de substances psycho-actives

Il a été mis en évidence une **potentialisation entre usage de tabac et d'alcool** : les jeunes fumeurs présentent trois fois plus de risque d'entrer dans une consommation régulière d'alcool ainsi que d'autres substances psycho-actives (55).

Une étude réalisée en 1998 en Nouvelle-Zélande met en évidence une corrélation entre la consommation d'alcool, de cannabis et le tabagisme à l'adolescence et explique cette synergie par la présence de facteurs individuels de vulnérabilité aux substances. Les auteurs dénombrent trois facteurs de risque : l'usage de substance chez les pairs, la recherche de nouveauté et l'usage parental de substance. Les auteurs pondèrent toutefois leur hypothèse par le fait que « seulement » 54% des adolescents consommateurs présentaient au moins un de ces facteurs (73).

Ceci doit nous imposer de **rester prudent** quant à la **représentation de la notion de facteur de risque, il ne s'agit en aucun cas de déterminisme.**

4.3.3 Consommations à visée auto-thérapeutique

« L'association entre consommations de substances et affects négatifs liés à la **dépression** et à l'**anxiété**, semble relever d'un fonctionnement adaptatif. La consommation de toxiques servirait à des fins d'automédication en réduisant et en mettant à distance les affects négatifs », comme le souligne G. Michel (80). J. Brook et S. Whiteman , qui ont montré que les troubles de l'humeur précèdent souvent l'usage de toxiques à l'adolescence, suggérant que ces consommations auraient valeur d'aménagement affectif (26, 108).

Ce type de consommation est signe d'une réelle **souffrance psychique**, elle se pratique souvent en **solitaire** et semble très à **risque addictif**.

Mlle Floriane V., 17 ans, a été hospitalisée en journée pour ivresse aiguë à la suite d'une dispute avec son petit ami. Elle n'a pas d'antécédents et ne prend pas de traitement en dehors d'une contraception orale.

Floriane vit seule dans un appartement à Épinal et travaille en apprentissage de coiffure ce qui semble lui plaire. Elle a une tutrice.

Elle a été admise en pédiatrie depuis le service d'accueil des urgences. Elle dit avoir bu une demi bouteille de PICON après une dispute avec son ami.

*Le questionnaire ADOSPA nous apprend que Floriane consomme parfois de l'alcool pour se détendre et de façon solitaire, signe d'une **consommation auto-thérapeutique**. Son score est à 2 (question 2 et 4). Elle est par ailleurs tabagique et consomme rarement du cannabis. Malheureusement, elle quittera le service dans la journée, fermement opposée à toute investigation et après accord de sa tutrice.*

5) Alcool et prévention

La prévention au début du XXe siècle : centrée sur le produit



5.1 Principes généraux de prévention du risque

« Le risque est inhérent à l'adolescence et à la vie. Ce n'est pas tant les conduites à risque qu'on doit prévenir que leurs conséquences quand elles entravent le développement de l'adolescent ou le mettent en danger. Il faut tenter de réduire les risques néfastes pour la santé, border les excès et faire en sorte que l'adolescent puisse donner du sens à sa vie autrement. », comme le souligne R. Courtois pédopsychiatre (35).

L'un des enjeux majeurs réside dans le fait de pouvoir évaluer des **facteurs de vulnérabilité** pour **anticiper les conduites les plus à risque** pour la santé ou dont les conséquences pourraient être les plus problématiques pour l'avenir.

La définition des approches de prévention généralement utilisée est celle qui distingue les préventions primaires, secondaires ou tertiaires :

- **La prévention primaire** vise à anticiper l'apparition d'une pathologie, et dans le contexte qui nous intéresse, elle s'adresse à un jeune public qui n'a pas encore fait l'expérience de l'alcool. Elle recherche les principaux facteurs de risque et vise à empêcher le mésusage d'alcool.
- **La prévention secondaire** s'adresse à un public adolescent qui s'inscrit dans des modes de consommation potentiellement à risque. C'est par exemple le cas chez les adolescents hospitalisés pour ivresse aiguë.
- **La prévention tertiaire** accompagne un public plutôt adulte qui a eu une consommation pathologique. L'objectif est d'accompagner le rétablissement, la réinsertion sociale et éviter la rechute.

Pour mettre en œuvre une démarche de prévention, il est toujours nécessaire de prévoir une planification sanitaire qui impliquera une démarche multidisciplinaire avec plusieurs étapes :

- Étape stratégique** avec détermination des besoins de la population à partir de l'épidémiologie et établissement d'objectifs prioritaires selon les moyens et ressources disponibles ;
- Étape tactique** ou technique, avec définition d'un programme ;
- Étape opérationnelle** de mise en place de celui-ci;
- Étape évaluative** afin de juger de l'efficacité du programme d'action mis en place et de ses modalités.

Ces différentes étapes passent donc par la meilleure connaissance du phénomène étudié, d'où l'intérêt des enquêtes épidémiologiques et outils statistiques qui peuvent éclairer l'état des connaissances cliniques, les actualiser et proposer de nouveaux axes d'exploration (35).

5.2 Synthèse des recommandations

5.2.1 Haute Autorité de Santé (HAS)

L'ANAES devenu HAS (Haute Autorité de Santé) en 2004 a rédigé un texte de recommandation sur l'intoxication alcoolique aiguë (IAA) aux urgences dans lequel est spécifié la prise en charge des adolescents (6).

L'alcoolisation des adolescents est présentée et tolérée comme exceptionnelle, initiatique. En réalité, l'adolescent hospitalisé pour une ivresse éthylique aiguë est très souvent dans une situation de crise révélant une **perturbation psychosociale importante** (situation en fait comparable aux tentatives de suicide). L'association aux tentatives de suicide est par ailleurs fréquente, 20 à 30 % des tentatives de suicide associent médicament et alcool.

La prise en charge de l'IAA doit être en conséquence très proche de celle de la tentative de suicide de l'adolescent selon l'ANAES, à savoir :

1- Aux urgences

- Avoir un abord adapté à l'adolescent ;
- Réaliser examen somatique complet ;
- Effectuer un **bilan biologique** ;
- La **perfusion** est systématique, associée à la prévention des fausses-routes ;

· Réaliser un **bilan psychosocial** :

- Une évaluation psychologique est souhaitable par le psychologue et le médecin;
- Associé à un bilan social :
- S'intéresser au contexte familial;
- S'informer de l'évaluation scolaire;
- Rechercher les problèmes associés;
- Connaître les conditions de l'intoxication;
- S'intéresser aux éléments biographiques.

2- La prise en charge après les urgences

L'**hospitalisation** des IAA de l'adolescent doit être la règle après le passage aux urgences. La plupart des adolescents vus dans ce contexte ne relèverait pas du seul diagnostic d'ivresse festive ou initiatique.

Il n'y a pas d'évaluation de cette hospitalisation, mais on pense qu'elle permettra au mieux de faire le bilan d'une pathologie psychosociale souvent associée et d'organiser le suivi. Le temps minimal d'observation pourrait être de 72 heures.

3- Le suivi ultérieur

Les particularités par rapport à l'adulte sont liées à l'adolescence. Il paraît dangereux d'identifier l'adolescent à un groupe, au risque de fixer la pathologie.

L'orientation vers un groupe d'alcooliques ou d'anciens alcooliques ne semble donc pas souhaitable à cet âge. L'adolescent est orienté préférentiellement vers une prise en charge ambulatoire du type de celles des tentatives de suicide. Des consultations de suite peuvent être organisées au **centre médico-psychologique** pour adolescents.

5.2.2 Académie Nationale de Médecine

L'Académie Nationale de Médecine a proposé en 2007 des recommandations visant la prévention et l'accompagnement des conduites d'alcoolisation chez les jeunes, d'une part en modifiant la législation et d'autre part en proposant un suivi personnalisé.

Nous les citons ici pour mémoire, celles qui ont été légiférées sont en gras, celles qui le sont partiellement sont en italique .

1) Diminuer l'accessibilité aux boissons alcooliques :

1.1 Appliquer de façon stricte l'interdiction de vente aux mineurs (et simplifier les textes législatifs et réglementaires, afin de faciliter leur application).

1.2 Interdire à toute heure la vente de boissons alcooliques dans les stations-service (points de vente de carburant). *Simple élargissement des horaires de 20h à 8h.*

1.3 Interdire la promotion des boissons alcooliques par le biais de tarifs incitatifs dans tous les lieux de vente et de consommation. « *Happy hours* » interdits en l'absence de *boissons non alcoolisées*.

1.4 Interdire la vente et la consommation de boissons alcooliques dans toutes les manifestations sportives. « *sauf dérogation* »

1.5 Interdire le parrainage (« sponsoring ») par des producteurs de boissons alcooliques des soirées festives destinées aux jeunes (notamment aux étudiants).

1.6 Améliorer la formation à la prévention du mésusage d'alcool des serveurs et barmen.

2) Modifier la réglementation :

2.1 Augmenter les taxes sur les boissons alcooliques et diminuer celles concernant les boissons non alcooliques.

2.2 Empêcher le contournement des textes instaurant la surtaxation des boissons ciblées sur les jeunes (prémix, alcopops, etc.)

2.3 Réduire l'alcoolémie maximale légale au volant à 0,2 g/l pour les conducteurs de véhicules à moteur titulaires d'un permis de conduire probatoire.

3) Mieux éduquer et informer :

3.1 Développer l'éducation à la santé (et la prévoir, pour l'alcool, dès l'enseignement primaire, contrairement à ce que préconisent les textes actuels).

3.2 Diffuser des messages de prévention exprimés en unités alcool et indiquer le contenu en unités sur l'étiquetage de tous les conditionnements de boissons alcooliques.

3.3 Faire respecter la réglementation de la publicité prévue dans la loi Evin, notamment sur la voie publique.

4) Améliorer le repérage précoce et l'accompagnement des consommateurs à risque :

4.1 Systématiser le questionnement approfondi et détaillé sur la consommation d'alcool et d'éventuelles autres substances psychoactives lors de toute consultation hospitalière ou extra-hospitalière.

4.2 Mettre en place des modalités de prise en charge et d'accompagnement en cas de consommation problématique en appliquant sans tarder les dispositions du plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions.

4.3 Considérer qu'un jeune en état d'ivresse doit être l'objet d'une prise en charge et d'un accompagnement spécifique et non simplement placé en cellule de dégrisement.

Notons qu'un certain nombre de ces points ont été légiférés à travers l'arrêté du 27 janvier 2010 (cf 3.6.2), comme par exemple l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs.

5.2.3 Prise en charge et prévention des addictions, plan 2007-2011

Le **plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions** mis en place par le ministère de la santé et des solidarités est une réponse globale à un problème de santé publique majeur.

Ce sont 77 millions d'euros chaque année et pendant cinq ans qui ont permis de renforcer et coordonner les dispositifs existants et développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge: prévention, dépistage, soins et accompagnement médico-social. La commission addictions est composée de professionnels de santé, institutions et associations. Elle est en charge d'évaluer la mise en œuvre des mesures du plan ainsi que son efficacité.

La première exigence est celle de la prévention, dans le but de permettre à la personne atteinte d'une addiction d'en prendre conscience. Une grande campagne de communication de 5 millions d'euros a été lancée par l'Inpes début 2007 afin de sensibiliser le grand public aux pratiques addictives, d'informer sur les dispositifs de prise en charge et également d'informer les médecins traitants et les médecins hospitaliers sur les moyens de repérer les patients ayant besoin d'aide, via un numéro indigo d'accès unique sur les addictions (Info Ministère : **0820 03 33 33**) qui pourra répondre aux questions sur le plan mis en place pour prendre en charge les addictions (83). Après vérification, il s'avère que ce numéro réoriente les appels vers d'autres centres d'appel « classique » (écoute alcool, écoute cannabis, tabac info service, drogue info service, joueur info service).

Ce plan prévoit en outre le regroupement des consultations de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addictions sans substance psychotrope au sein d'un même lieu, d'un même pôle pour en faire des consultations hospitalières d'addictologies. Ces consultations seront organisées dans tous les hôpitaux ayant un service d'urgence. Cette mesure devrait permettre d'offrir un suivi spécialisé notamment aux jeunes ayant une dépendance à une ou plusieurs drogues (alcool, cannabis, ecstasy, médicaments) alors qu'aujourd'hui la prise en charge se limite trop souvent à un accueil aux urgences sans qu'un véritable suivi soit initié.

De même, cette nouvelle organisation devrait permettre aux urgentistes de mieux répondre aux besoins de personnes ayant des problèmes aigus liés à leur addiction (crise, alcoolisation aiguë, surdosage).

La création de **Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)**, structure ouverte à toutes les addictions et **réunissant les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA)**, répond à l'objectif de développement de l'aide médico-sociale. Ils sont en effet composés de médecins, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs et assistantes sociales (83). La plupart ont été créés en 2010, quelques-uns sont encore en cours. Ces centres font suite à l'évolution de l'addictologie qui ne met plus le produit au centre de la prise en charge. Les concepts actuels définissent un processus addictologique qui serait commun à toutes les addictions, que nous avons déjà abordé au chapitre II, paragraphe 3.

5.3 Intérêt d'un test de dépistage

5.3.1 Introduction

Il n'existe pas d'outil biologique efficient pour diagnostiquer l'usage nocif d'alcool chez les adolescents. Les outils disponibles (gamma GT, VGM..) sont utilisés chez l'adulte où ils ont une sensibilité et une spécificité modérées alors même qu'il existe une lésion organique. Le seul moyen à disposition est l'interrogatoire. Une évaluation quantitative pure est possible, mais livrée à l'appréciation de l'adolescent.

Le questionnaire validé peut alors constituer une aide précieuse au diagnostic de consommation à risque ou nocive. Plusieurs types de questionnaires existent : certains pour le dépistage, rapide et sensible (CRAFT-ADOSPA, DEP-ADO, POSIT), d'autres pour poursuivre l'évaluation de manière approfondie en cas de repérage d'usage nocif (Adolescent Drug Abuse Diagnosis).

Le questionnaire ADOSPA va retenir plus particulièrement notre attention car c'est celui qui a servi pour cette thèse.

5.3.2 Le questionnaire CRAFT-ADOSPA

Il s'agit d'un outil de dépistage d'usage nocif de l'alcool, nommé CRAFT en référence aux six questions (*Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble*). ADOSPA est la version française de CRAFT, on retrouve l'acronyme correspondant aux items suivants : *Auto, Détente* (usage auto-thérapeutique), *Oublie* (trouble mnésique sous l'effet du produit), *Seul* (consommation solitaire), *Problèmes, Amis/Famille* (reproche).

Développé initialement par des études américaines (62) ce test est composé de six questions dans le but de détecter l'usage nocif de substances psychoactives (que ce soit l'alcool, le cannabis, les amphétamines ou autres toxiques) chez les adolescents. Il s'agissait de trouver un outil facilement mémorisable, pour être utilisé au cours d'un entretien sans support papier (le risque du support papier est que l'adolescent accompagné par ses parents soit influencé par ces derniers, s'il le remplit en salle d'attente notamment).

De cette étude, il ressort que pour deux réponses positives ou plus, le test a une sensibilité de 0.80 et une spécificité de 0.86.

C'est à partir de deux réponses positives que le test détecte de manière la plus sensible et la plus spécifique les adolescents avec un usage nocif de substances psychoactives.

Ce test détecte donc un **usage nocif à partir de deux réponses positives**, les études montraient également que plus le score était important, plus l'usage était nocif, allant jusqu'à une dépendance.

Des études françaises se sont intéressées à la validation de cette étude en français. L'une s'est intéressée à la validation d'un outil de dépistage de l'usage nocif de substances psychoactives (étude ADOTECNO : 59), l'autre s'est centrée sur le repérage de l'usage nocif d'alcool en médecine générale (90).

L'objectif de l'étude ADOTECNO (ADOLEscents : Techniques d'Évaluation des Consommations NOcives) a été de valider 2 niveaux de risque du CRAFFT-ADOSPA pour le repérage de l'usage nocif de l'alcool, du cannabis et d'autres drogues.

Dans cette étude, l'outil traduit en français est comparé à une échelle existante, le POSIT : Problem Oriented Screening Instrument for Teens.

Le POSIT est un questionnaire permettant d'identifier les problèmes de santé d'ordre psychologique, physique et social. Il évalue 10 domaines en 139 items classés de A à J. Le facteur A (Abus de produits psychoactifs) comporte 17 questions, un score de 1 ou plus suggère un risque faible d'abus, un score supérieur ou égal à 7 signale un risque élevé. Cette étude a été réalisée sur un échantillon de 1728 écoliers du secondaire et d'étudiants du supérieur. Elle a comparé l'ADOSPA au facteur A du POSIT.

Les résultats de l'étude montrent que pour un usage régulier de substance, la sensibilité du CRAFFT-ADOSPA était de 90,3 % (avec une spécificité de 77,7 %) pour un score ≥ 2 .

Pour un usage quotidien de substance, la sensibilité du CRAFFT-ADOSPA était de 83,9 % (avec une spécificité de 86,3 %) pour un score ≥ 3 .

En conclusion :

Les auteurs affirment qu'un **score ≥ 2** au questionnaire CRAFFT-ADOSPA indique un **risque modéré d'usage nocif** et montre des qualités de repérage large de ces modalités de consommation. Un score de **3 ou plus** indique un **risque élevé d'usage nocif**.

C'est le score de 2 qui a été retenu pour différencier les deux groupes dans notre étude, qui est le seuil de positivité du test.

Questionnaire ADOSPA

1. 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(e) ?

Cette question renvoie à la recherche de prise de risque sous l'effet de l'alcool.

2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous **Détendre**, vous sentir mieux ou tenir le coup?

Cela oriente vers une consommation auto thérapeutique.

3. Avez-vous **Oublié** des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues?

Cette question suppose la recherche de l'alcool « défonce ».

4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes **Seul(e)** ?

Cela évoque une consommation auto thérapeutique voir toxicomaniaque.

5. Avez-vous déjà eu des **Problèmes** en consommant de l'alcool ou d'autres drogues?

Elle fait référence à la fréquence des alcoolisations, car on peut penser que pour avoir des problèmes (relationnels, physique) après avoir bu, il faut généralement que la situation se répète.

6. Vos **Amis** ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues?

Les deux dernières question évaluent le retentissement social de la consommation.

5.4 Différents types de consommations pour différents niveaux de prévention

5.4.1 Introduction

Nous ne reviendrons pas sur la nécessité d'une évaluation globale de la situation de l'adolescent qui a été largement développée dans le chapitre II.2 à travers le dossier médical d'hospitalisation pour adolescent.

Rappelons simplement qu'il ne faut en aucun cas se focaliser sur le produit et ses conséquences somatiques si l'on souhaite aboutir à une modification durable du mode de consommation de l'individu.

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

5.4.2 Consommation festive

A ce stade, il s'agit d'abord d'une **information sur l'alcool** et d'une **évaluation du retentissement familial, scolaire et social** de la consommation (94).

Pour Marcelli et Braconnier, il serait préférable, dans ce type de situation, que ce soit les médecins scolaires, généralistes ou pédiatre qui interviennent plutôt que le psychologue ou le psychiatre. Le travail de **prévention** est ici primordial, notamment dans le cadre des collèges et des lycées, nous y reviendront dans le prochain paragraphe.

Selon la Société Française d'Alcoologie (88), tout adolescent vu en pratique courante (bilan de santé, consultation en urgence pour un traumatisme) devrait bénéficier d'un **dépistage** portant sur sa consommation de substances.

Selon la SFA, ce travail de dépistage pourrait être effectué par les médecins urgentistes mais aussi par le personnel de santé scolaire, par des travailleurs sociaux et des éducateurs, ce qui est loin d'être pratique courante (65).

5.4.3 Mésusage d'alcool

Le mésusage d'alcool comprend comme nous l'avons déjà expliqué **l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance**, par ordre de pathogénie croissante.

La dépendance ne sera pas traitée puisqu'exceptionnelle chez les adolescents. C'est le mode d'entrée dans une consommation potentiellement addictive qui nous intéresse ici.

Pour la Société Française d'Alcoologie, tout adolescent chez qui on suspecte un mésusage d'alcool mérite une investigation sur **au moins deux entretiens** distants d'une ou deux semaines (88). L'investigation peut être effectuée soit par un médecin généraliste ou pédiatre formé à l'abord des adolescents et à l'investigation de l'usage de substances, soit par un spécialiste en santé mentale. **Dans les situations à la limite du mésusage, un suivi à moyen terme (3 à 6 mois) doit systématiquement être proposé.**

La HAS recommande l'utilisation large du questionnaire **ADOSPA** pour le dépistage de l'usage nocif d'alcool à l'adolescence (44). Il est recommandé d'adapter les structures d'addictologie aux spécificités de l'accueil et du suivi des adolescents et les structures de prise en charge des adolescents aux spécificités de l'addictologie : travail en réseau, formation commune, échanges de pratiques, formation des professionnels aux thérapies familiales ainsi que les **interventions brèves**.

Le principe très général d'une intervention brève est d'apporter, à un sujet en danger, un conseil opérant dont l'effet à long terme devrait lui permettre d'induire un changement durable de son comportement vis-à-vis de l'alcool.

La brièveté de l'intervention est imposée par une triple préoccupation : **clarté** du message, **acceptabilité** du contenu pour l'émetteur (le soignant) et pour le receveur (le soigné), **applicabilité** pratique d'une démarche « systématique » dans les conditions d'exercice habituelles de la médecine ou des soins primaires.

Le tronc commun de ces modalités d'intervention est une approche cognitivo-comportementale qui fait du **patient le principal acteur de son changement**, bien que la conduite de la discussion aboutissant au repérage soit à l'initiative du soignant. Le contenu d'une intervention brève, par nature variable d'une étude ou d'une pratique à l'autre, présente cependant de nombreux points permanents pour assurer son acceptabilité par les soignants comme par les patients (9).

Une intervention brève comporte habituellement :

- une **évaluation** de la relation du sujet à l'alcool par un outil simple et reproductible.
- une **information** sur les effets aigus et chroniques de la consommation d'alcool sur la santé.
- des **recommandations** autour des seuils de prudence ;
- des suggestions de diverses **tactiques** tendant à réduire la consommation d'alcool ;
- une **revalorisation du rôle du patient** dans l'entreprise de réduction et **réévaluation** à distance.

5.4.4 Cas particulier de l'usage auto thérapeutique

Selon Marcelli et Braconnier (74), le risque d'une telle consommation est de mettre en avant prioritairement le problème de la consommation d'alcool au détriment des problèmes psychopathologiques sous-jacents. Devant une consommation auto-thérapeutique, une double approche psychiatrique et psychothérapeutique doit être entreprise.

Le thérapeute tâchera, après avoir gagné la confiance du patient, de l'amener à verbaliser, à penser. Devant le déficit narcissique fréquent chez ce type d'adolescents et leur discours négatif, le thérapeute essaiera « de développer une argumentation qui va minorer ou laisser de côté les idées négatives et renforcer ou investir d'intérêt les pensées positives» (94).

Sur le plan thérapeutique, il faut savoir attendre le « bon moment » pour proposer une **alternative médicamenteuse**, à savoir des antidépresseurs, en association à une **psychothérapie**. Par ailleurs, la plupart des auteurs préconisent que thérapeute et médecin prescripteur soient bien différenciés afin d'éviter «d'accroître la dépendance du patient à l'égard du consultant ». Enfin, ils insistent sur la nécessité de rendre ces sujets actifs de leur prise en charge en laissant, par exemple, ces adolescents prendre eux-mêmes rendez-vous auprès du prescripteur.

5.5 Prévention au sein de l'Éducation Nationale

De par sa mission éducative, le milieu scolaire est impliqué dans la prévention liée aux substances psychoactives. Il peut s'agir de membres de l'équipe éducative, de partenaires institutionnels ou issus du milieu associatif. Les intervenants doivent s'inscrire dans un projet dûment construit et éviter les interventions ponctuelles dont la portée éducative reste limitée (108). Une intervention doit s'inscrire dans une démarche réfléchie afin d'avoir quelque efficacité.

Le **comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)** s'inscrit dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré, conformément aux dispositions des articles R 421-46 et 421-47 du Code l'éducation. Il est une instance de réflexion, d'observation et de proposition qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence et des conduites addictives, intégré au projet d'établissement.

Il est composé de :

- personnels d'éducation, sociaux et de santé de l'établissement,
- représentants des personnels enseignants,
- représentants des parents,
- représentants des élèves,
- représentants de la commune et de la collectivité de rattachement.

Le CESC peut associer à ses travaux les partenaires compétents (médecin, policier..) susceptibles de contribuer utilement à la politique éducative et de prévention de l'établissement. Le CESC est piloté par le chef d'établissement.

Tout récemment est paru le **guide d'intervention en milieu scolaire de prévention des conduites addictives** (82), rédigé de façon conjointe par le Ministère de l'Éducation Nationale, la direction générale de l'enseignement scolaire et la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Il vise en une approche transversale de la santé et de la citoyenneté via une politique éducative globale qui ne peut s'inscrire que dans le moyen terme (3 ou 4 ans pour correspondre au temps de passage d'une cohorte d'élèves dans un établissement).

La mise en œuvre des actions doivent répondre à des demandes exprimées par les élèves et à des besoins identifiés lors d'un bilan éducatif établi en interne et avec les partenaires (82). Notons simplement que la démarche n'est plus simplement centrée sur le produit mais sur cette notion de **compétences psychosociales** à acquérir dans un objectif d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Pour cela, il existe une charte d'intervention qui indique aux intervenants les différents points à respecter . Il s'agit notamment d'avoir des connaissances solides, évaluer les représentations qu'ont les élèves du produit, s'inscrire dans une démarche interactive, favorisant la communication sans jugement et mettant l'accent sur le **développement de compétences sociales, émotionnelles et cognitives**.

Les **dix compétences psychosociales** (ou aptitudes essentielles), ayant valeur transculturelle, a été établie par l'OMS, sont définies comme une stratégie, un système de connaissances et d'aptitudes qui permettra d'engendrer une action. C'est un ensemble de processus orientés vers une finalité, elles sont plus ou moins conscientes, volontaires, organisées. Elles sont l'art de bien conduire sa vie personnelle, professionnelle et sociale. Elles aident à ressentir davantage de sécurité intérieure, et représente à ce titre un rempart, une prévention du risque addictif. Elles sont présentées par couples :

-Savoir **résoudre les problèmes** - savoir **prendre des décisions**.

-Avoir une **pensée créatrice** - avoir une **pensée critique**.

-Savoir **communiquer efficacement** - être **habile dans les relations interpersonnelles**.

-Avoir **conscience de soi** - avoir de l'**empathie pour les autres**.

-Savoir **gérer son stress** - savoir **gérer ses émotions**.

5.6 Prévention en médecine générale

Le médecin généraliste a un rôle stratégique, en tant que **médecin de famille**, il peut être **le premier** à observer un changement de comportement. Il est à même de **repérer les facteurs de risque**, de s'entretenir avec l'adolescent sur ses consommations d'alcool, ses représentations de l'alcool.

La place du médecin généraliste est centrale, incontournable, et difficile. Les médecins généralistes sont en contact annuellement avec 75 % de la population française. Ils occupent donc une place privilégiée pour le repérage des patients ayant un problème avec l'alcool.

Cette place est également incontournable car beaucoup d'études ont démontré l'efficacité de ce repérage précoce (96). Celui-ci permet en effet de proposer systématiquement un conseil simple et codifié de réduction du risque alcool dans une optique de prévention secondaire.

Enfin, elle est difficile car une consultation de médecin généraliste associe souvent plusieurs motifs de consultation. La place de la prévention et du dépistage en médecine générale est peu reconnue par les pouvoirs publics. La perception de la prise en charge thérapeutique des conduites d'alcoolisation rapportée par les médecins généralistes est celle d'un traitement long, aux résultats toujours acquis laborieusement, souvent partiels et rarement définitifs (46).

Les recherches dans ce domaine se sont beaucoup développées au cours des dix dernières années et sont synthétisées dans deux revues récentes (93, 10). Les interventions brèves (en moyenne cinq minutes), initialement utilisées chez les individus à risque de développer des dommages liés à la consommation excessive, ont été validées chez les individus repérés le plus souvent en médecine générale (53).

La France a lancé à travers la loi 2004-185 du 9 août 2004 dans une campagne de prévention en association avec le groupe alcool de l'OMS intitulé « Boire moins, c'est mieux ». Ce programme préconise le **repérage précoce et l'intervention brève (RPIB)**.

Il existe différentes options pour le repérage : l'approche «opportuniste» (où le médecin s'appuie sur une situation rendant plus «naturel» le dialogue sur la consommation d'alcool) et l'approche systématique utilisant les questionnaires (essentiellement pour la France l'**AUDIT** autoquestionnaire de salle d'attente **validé de 18 à 65 ans** et le **FACE** questionnaire en face à face, cf annexes).

Les points communs de ces interventions résident dans la population-cible (le plus souvent composée de buveurs excessifs peu ou pas dépendants), dans l'objectif (habituellement la réduction de la consommation et non l'abstinence) et le mode de dialogue (sans jugement, empathique, respectant la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement).

L'efflorescence extraordinaire de ces méthodes de repérage et d'intervention est liée à la nécessité, perçue par tous les auteurs, d'ajuster les instruments de repérage et d'intervention au plus près des préoccupations du «terrain».

Ceci est la conséquence des difficultés à parler d'alcool ressenties par les acteurs de soin, en particulier de premier recours, et en premier lieu des médecins généralistes.

En effet, quelles que soient les références culturelles, les modes dominants de consommation d'alcool, les conditions de rémunération et d'exercice de leur art, les médecins généralistes de tous les pays ont beaucoup de mal à intégrer dans leur pratique quotidienne une évaluation de la consommation d'alcool de leurs patients.

Plusieurs études qualitatives ou semi-quantitatives en donnent des explications que l'on retrouve d'un pays à l'autre, malgré la diversité des situations : les médecins généralistes manquent de temps, doutent de leur légitimité, ont des savoirs et des savoir-faire peu actualisés sur l'alcool et les dommages associés, craignent de donner au patient le sentiment de juger son comportement et de le stigmatiser, sont gênés pour aborder une question qu'ils considèrent comme appartenant à l'intimité et qui les renvoie à leur propre rapport à l'alcool, s'agacent de l'absence de valorisation des actes préventifs, et croient volontiers qu'une intervention auprès des « buveurs » est vouée à l'échec (23, 96, 58).

Pour vaincre ces réticences qui n'ont rien à voir avec de la mauvaise volonté, il est capital de répondre sur le fond, et de s'intéresser aux représentations autant qu'aux connaissances. Il est également fondamental d'entendre les besoins concrets : si un acte doit être systématisé, il faut pouvoir « **faire court** » pour « **faire souvent** », il faut s'appuyer sur une campagne (de presse, ou de politique de santé, ou communautaire) qui légitime l'intervention du médecin, il faut prévoir une valorisation des actes de prévention (par exemple sous la forme d'une rémunération supplémentaire), et il faut disposer d'outils efficaces, livrés avec la preuve de leur efficacité. (77)

Cette digression dans le monde des adultes n'est pas hors sujet dans le sens qu'elle permet de cerner l'intérêt et les difficultés de mise en place d'une campagne de prévention.

Le principe du repérage précoce et d'intervention brève pourrait être étendu à la population adolescente en médecine générale.

Cela nécessite l'emploi d'un questionnaire de dépistage validé associé à un entretien motivationnel sur le même principe que chez l'adulte, dans le but de rendre l'adolescent acteur du changement.

La HAS recommande d'évaluer l'impact des « interventions ultra-brèves » dans ces situations et rappelle que la prévention des risques encourus par les adolescents lors des IAA est un objectif majeur de santé publique.

Le **plan « Santé des jeunes »**, lancé en février 2008 par Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports, permet aux 16-25 ans de bénéficier d'une **consultation annuelle et gratuite** chez un médecin généraliste de leur choix depuis le 1er janvier 2009. Ce plan est notamment axé sur la lutte contre l'alcoolisation excessive des jeunes qui a fait l'objet d'une campagne d'information. On peut toutefois déplorer la limite d'âge inférieure au vue de la précocité de certaines conduites à risque. Cette consultation pourrait être un moment privilégié pour ce type de **dépistage**.

5.7 La maison des adolescents

Les maisons des adolescents sont des lieux d'accueil et de soins polyvalents où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale, éducative.

Pour ces raisons, elles travaillent en réseau avec l'ensemble des acteurs s'occupant d'adolescents sur un territoire donné : médecins (pédiatre, gynécologue, psychiatre..), sage femme, psychologue, assistante sociale, éducateurs..

Elles sont un lieu d'accueil, d'écoute, de conseils et de réorientation et doivent répondre aux attentes des jeunes, mais également de leurs parents ou d'autres professionnels de santé.

Lancées en 2004 à l'occasion de la conférence sur la famille, il est prévu à terme une maison des adolescents par département.

**IV) Étude clinique : Facteurs de
risque de mésusage d'alcool des
adolescents hospitalisés
pour IIA dans le service de
pédiatrie d'Épinal d'aout 2010 à
avril 2011**

1) Description de l'étude

1.1 Objectif de l'étude

Le but de cette étude est d'une part la description de l'échantillon et d'autre part de comparer les facteurs de risque dans 2 groupes : l'un dépisté a risque d'usage nocif par le questionnaire ADOSPA (groupe 1) et l'autre non (groupe 2).

1.2 Population et méthode

1.2.1 Schéma d'étude et déroulement de l'enquête

Il s'agit d'une étude prospective qui a été réalisée de aout 2010 à avril 2011 dans le service de pédiatrie de l'hôpital Jean Monnet d'Épinal. Ce service comporte un secteur de néonatalogie d'une capacité de 12 lits et un secteur de pédiatrie classique d'une capacité de 16 lits.

1.2.2 Population étudiée

Les critères d'inclusion ont été :

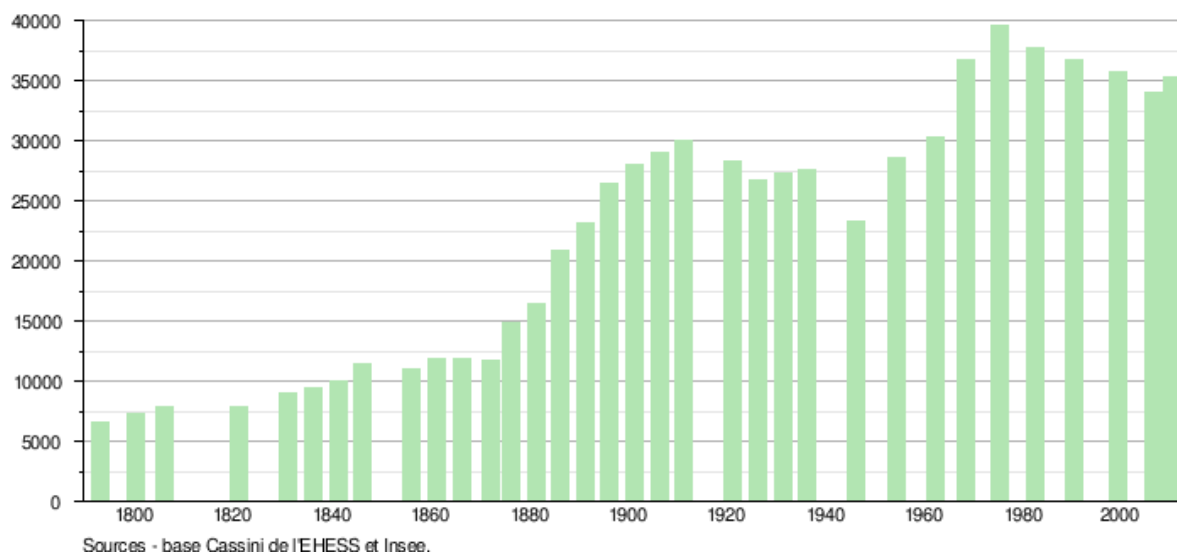
- Individus âgés de 12 à 17 ans révolus, la limite d'âge supérieure correspondant à la limite d'âge d'admission dans le service.
- Hospitalisés pour ivresse aiguë et acceptant de répondre au questionnaire.

La tranche d'âge correspond au début de l'âge moyen de la puberté. En pratique, aucun patient d'un âge inférieur n'a été admis pour ce motif. Un patient de 18 ans a été admis.

L'ivresse aiguë est définie par des troubles du comportement après consommation d'alcool. A noté qu'aucun individu n'a refusé de répondre au questionnaire après lui avoir expliqué son utilité, à savoir dépister un problème avec sa consommation d'alcool.

1.2.3 Dans un lieu donné : Épinal

Population d'Épinal depuis 1800



La population de la commune est en légère baisse depuis quelques années, actuellement autour de 35 000 habitants, et autour de 62 000 en comptant les onze communes voisines. La population de la commune est **relativement âgée**. Le taux de personnes d'un âge supérieur à 60 ans (22,2 %) est en effet supérieur au taux national (21,6 %) tout en étant toutefois inférieur au taux départemental (23,7 %).

À l'instar des répartitions nationale et départementale, la population féminine de la commune est supérieure à la population masculine. Le taux (52,5 %) est du même ordre de grandeur que le taux national (51,6 %). La répartition de la population de la commune par tranches d'âge est, en 2007, la suivante :

- 47,5 % d'hommes (0 à 14 ans = 18,2 %, 15 à 29 ans = 26 %, 30 à 44 ans = 19,3 %, 45 à 59 ans = 18,9 %, plus de 60 ans = 17,6 %) ;
- 52,5 % de femmes (0 à 14 ans = 15,4 %, 15 à 29 ans = 20,4 %, 30 à 44 ans = 18,4 %, 45 à 59 ans = 19,5 %, plus de 60 ans = 26,4 %).

Le taux de chômage est un peu supérieur à la moyenne nationale, il est de 10,7% contre 9,6% en 2005, selon l'INSEE.

1.2.4 Documents d'enquête et analyse des données

1.2.4.1 Recueil de données à travers le dossier adolescent couplé au questionnaire ADOSPA

Le recueil de données est composé d'une part du dossier adolescent général que nous avons présenté dans le premier chapitre et d'autre part du questionnaire ADOSPA modifié qui a été détaillé dans le second chapitre.

S'il n'a pas été nécessaire d'ajouter d'item au dossier adolescent, le questionnaire a en revanche été quelque peu remanié par rapport à sa version initiale, à savoir :

- L'emploi du tutoiement a été de mise, correspondant d'avantage aux habitudes du service.
- Le questionnaire est limité à l'alcool alors qu'il est initialement conçu pour dépister toute les substances psychoactives, pour correspondre à la problématique de cette thèse et ne pas risquer de confusion.

- Deux questions ont été ajoutées car correspondant à des facteurs de risque de mésusage identifiables mais n'ont pas été prises en compte dans le calcul du score, à savoir :

1. *As-tu déjà été ivre ? Si oui, à quel âge ?*

2. *Consommes-tu d'autres produits (cigarettes, cannabis, autre drogue..) ?*

Le questionnaire ADOSPA a permis de réaliser deux groupes d'adolescents. Le **premier groupe** avec un **score supérieur ou égal à deux**, considéré à **risque d'usage nocif d'alcool** et le **second** avec un **score inférieur à deux** considéré à **risque faible**. Ces niveaux de risque ont été définis lors de la validation du test dans l'étude française de 2007 présentés dans la seconde partie (59).

L'analyse des données a consisté d'une part à décrire la présence des facteurs de risque d'abus d'alcool dans l'échantillon et d'autre part à les comparer dans les deux groupes. La méthodologie statistique employée est décrite dans le prochain paragraphe.

1.2.4.2 Analyse statistique

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Excel. L'analyse statistique a été menée par Margaux Creutz et Lucie Germain du service d'épidémiologie du CHU de Nancy à l'aide du logiciel SAS.

Elle comporte une partie descriptive des facteurs de risque de mésusage d'alcool des adolescents admis pour intoxication alcoolique aiguë ainsi que l'âge et la durée d'hospitalisation. Pour cette partie descriptive, les variables quantitatives (l'âge et la durée d'hospitalisation) ont été exprimées par le calcul de leur moyenne, de leur médiane, de leur écart-type, leur valeur minimale et maximale.

Les variables qualitatives ont été exprimées par leur effectif et leur proportion.

Les facteurs de risque de mésusage ont ensuite été comparés dans deux groupes : le premier groupe considéré à risque d'usage nocif (ADOSPA supérieur ou égal à 2) et le second considéré non à risque. La comparaison des proportions dans les deux groupes a été réalisée par un test exact de Fisher. Le seuil de significativité retenu est de 5% ($p < 0,05$).

2) Résultats

2.1 Caractéristiques générales

2.1.1 Jour de la semaine et horaire d'entrée

Ce sont au total 23 adolescents qui ont été admis dans le service de pédiatrie pour un motif lié à la consommation d'alcool d'août 2010 à avril 2011.

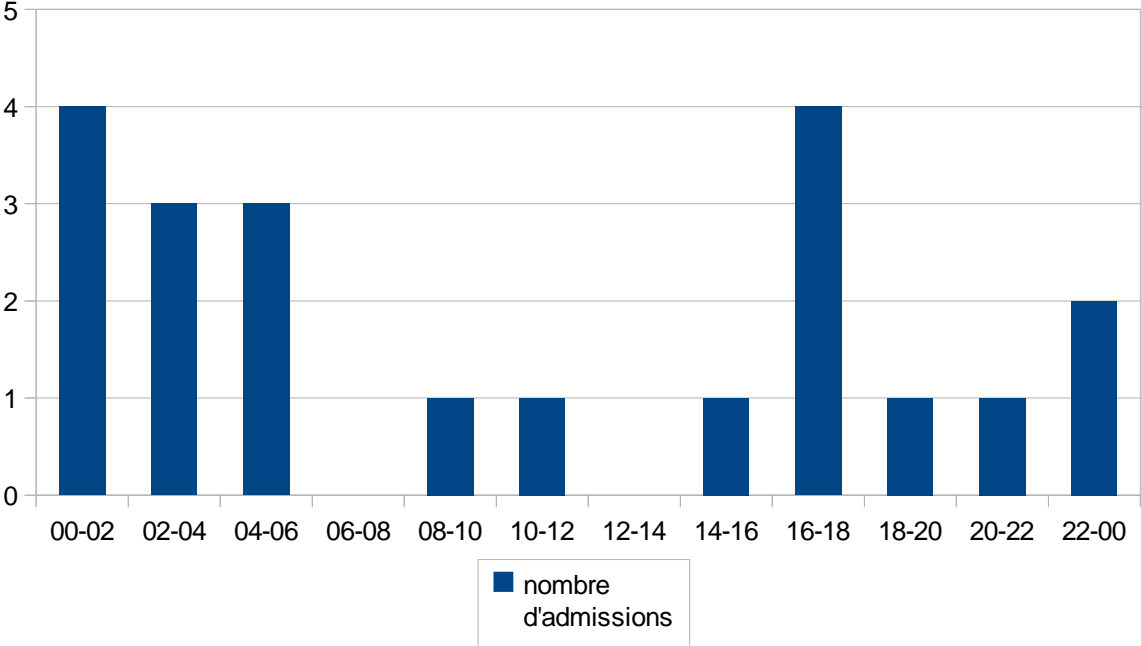
Le tableau 2 indique la répartition des horaires d'entrée et le tableau 3 celle des jours de la semaine.

A noter que le mode d'entrée peut se faire selon deux modalités : les adolescents présentant un état de conscience altéré sont vus initialement aux urgences adultes et ré-adressés dans un deuxième temps dans le service, lorsque leur état est jugé compatible avec une hospitalisation en secteur classique.

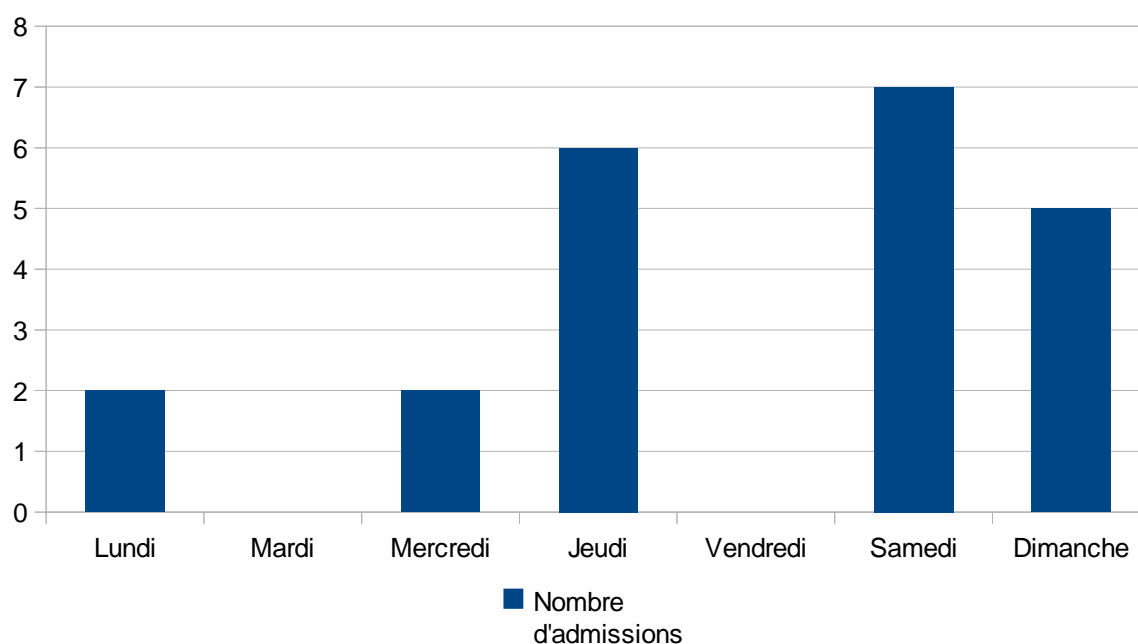
Ce mode d'admission concerne cinq adolescents, dont un a été hospitalisé 24 heures en service de réanimation.

On constate que la majorité des admissions se font en début de soirée et la nuit (70% entre 20h et 06h). Trois jours de la semaine totalisent près de 80% des admissions ; ce sont les jeudis, samedis et dimanches.

Graphique 1 : Horaires d'admission



Graphique 2 : Jours de la semaine



2.1.2 Personne accompagnante

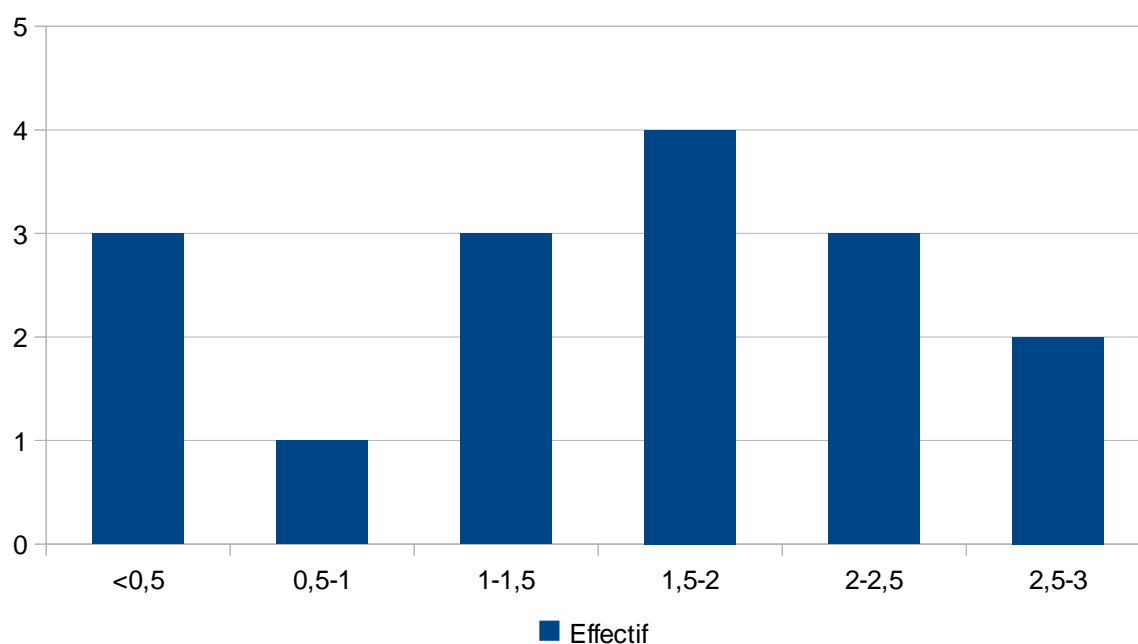
Près de 50% des adolescents sont venus accompagnés de leurs parents, environ 25% avec les pompiers, 13% soit trois adolescents avec le SAMU, 8 % soit deux adolescents avec des amis et 4% soit un adolescent avec un éducateur.

2.1.3 Alcoolémie, score de Glasgow et toxiques urinaires

L'alcoolémie a été mesurée dans 16 cas sur 23, sa moyenne est de 1,49g/l, les extrêmes allant d'une alcoolémie <0,1g/l à 2,81g/l.

Cette donnée n'a pas pu être analysée statistiquement en raison des données manquantes, lorsque les adolescents sont transférés après une période d'observation aux urgences.

Graphique 3 : Alcoolémies mesurées



A noter que les alcoolémies <0,5g ont été mesurées après une période d'observation aux urgences adultes.

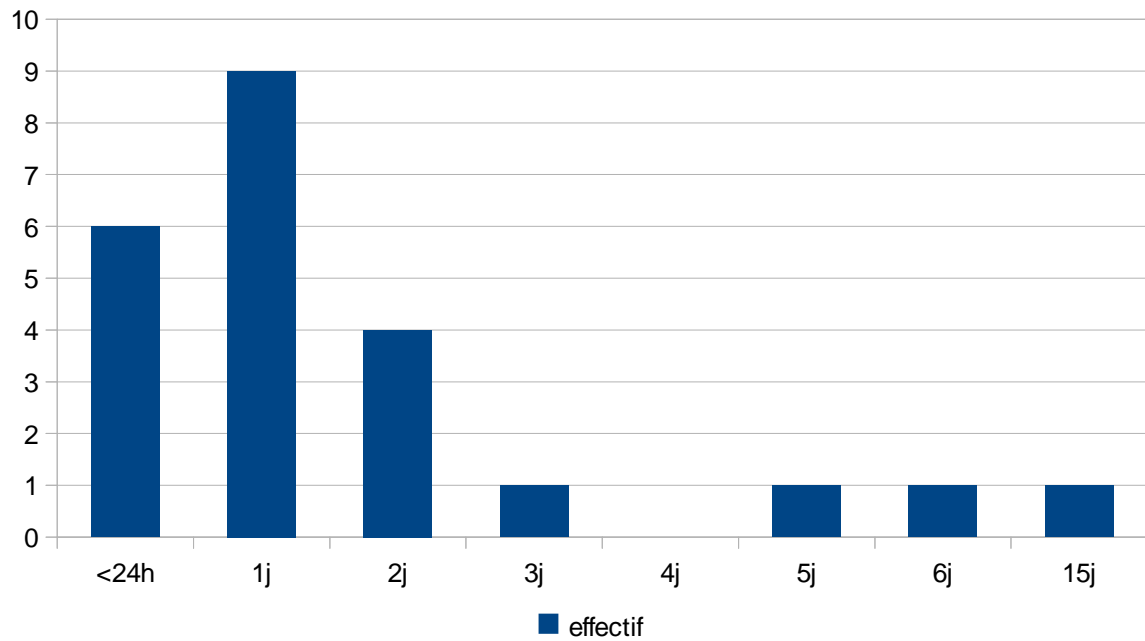
Le score de Glasgow (cf annexe) est dans la grande majorité des cas (>80% soit 19 patients) entre 14 et 15. Quatre adolescents avait un Glasgow inférieur à 14 (8, 11 et 13).

Les toxiques urinaires n'ont été demandés que dans trois cas, lorsque les manifestations cliniques apparaissaient discordantes avec la seule prise d'alcool (hallucinations). Ils sont revenus négatifs à chaque fois.

2.1.4 Durées d'hospitalisation

On observe une grande hétérogénéité des durées d'hospitalisation, allant de quelques heures à 15 jours dans un cas d'alcoolisation chronique. La durée moyenne est à peine supérieure à 2 jours (2 jours et 3 heures).

Graphique 4 : Durées d'hospitalisation



La durée moyenne d'hospitalisation dans le groupe 1 est de 2,3 jours (56 heures) contre 1,4 jour (30 heures) pour le groupe 2. Cependant ce résultat n'est pas significatif ($p=0,52$).

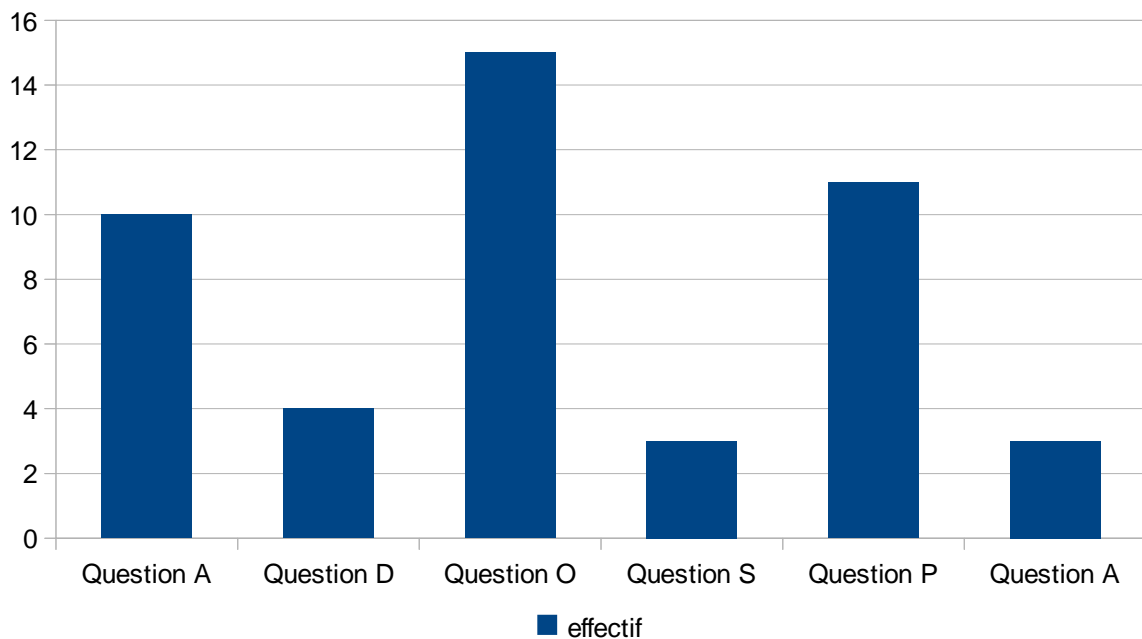
2.1.5 Résultats et distribution des scores du questionnaire ADOSPA

Tableau 1 : Résultats du test ADOSPA (nombre de réponse(s) positive(s))

Score ADOSPA	effectif	pourcentage
0	3	13,00%
1	5	21,00%
2	6	26,00%
3	7	30,00%
4	0	0,00%
5	1	4,00%
6	1	4,00%

On remarque que le groupe 1 (ADOSPA supérieur ou égal à 2 réponses positives) représente 15 adolescents soit environ 65% de la population. Treize patients (86%) de ce groupe ont un score inférieur ou égal à 3 réponses positives, seulement deux adolescentes ont un score supérieur à trois.

Graphique 5 : Distribution des scores



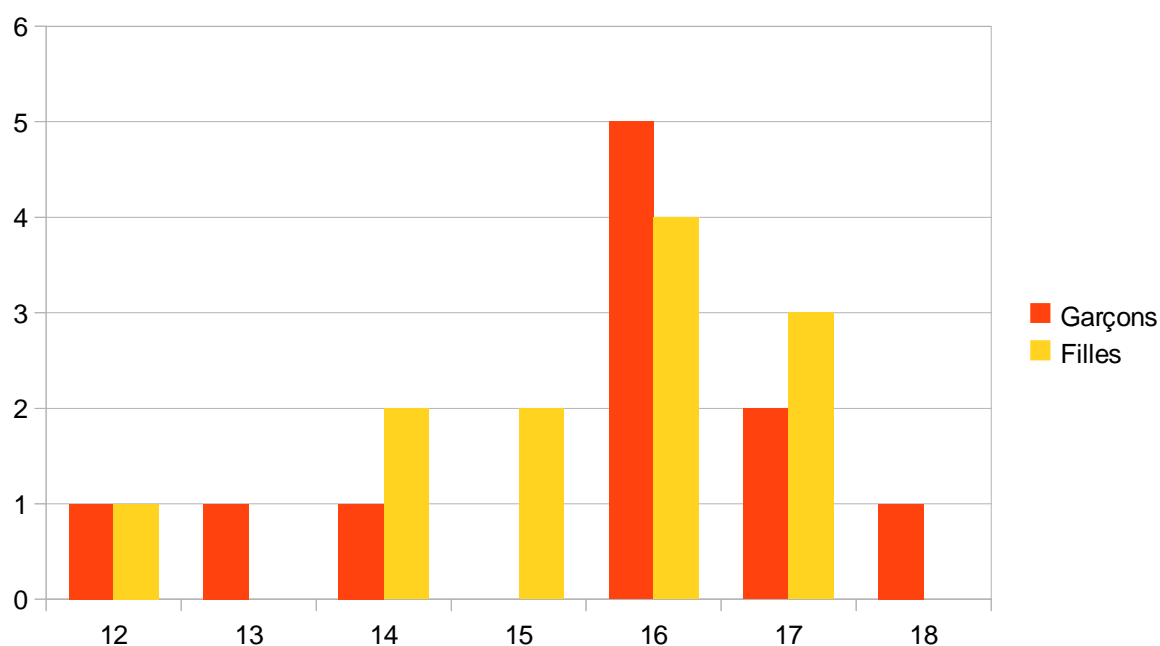
2.2 Exploitations des données : Facteurs de risque de mésusage d'alcool

2.2.1 L'âge et le genre

L'âge moyen de la population est de 15 ans et 9 mois. Les filles sont très légèrement majoritaires puisque représentant 52% de la population (12 dossiers contre 11).

Les âges extrêmes varient de 12 ans et 6 mois à 18 ans et 8 mois. L'âge moyen des adolescents à risque d'usage nocif d'alcool (ADOSPA supérieur ou égal à 2) est de 16 ans et 4 mois (N=15). Celui des adolescents non à risque est de 15 ans (N=8). Il existe une différence significative ($p=0,046$).

Graphique 6 : Répartition en fonction de l'âge et du sexe



La comparaison des proportions dans les deux groupes montre que le groupe à risque est plutôt masculin (9 adolescents contre 6 adolescentes) alors que le groupe non à risque est majoritairement féminin (6 adolescentes pour 2 adolescents).

Cependant ces résultats ne sont pas significatifs ($p=0,193$).

2.2.2 Notion d'antécédents de trouble de l'humeur et anxiété

On note des antécédents psychiatriques (épisode dépressif, anxiété pathologique) chez 7 adolescents hospitalisés sur 23, soit 30% d'entre eux.

Cinq d'entre eux avaient un suivi préalable à l'hospitalisation. Dans le groupe non à risque, 2 adolescents sur 8 ont des antécédents psychiatriques contre 5 sur 15 dans le groupe à risque. Ce résultat n'est pas significatif ($p=1$).

2.2.3 Consommation auto thérapeutique

On dénombre 4 adolescents soit 17% qui avouent une consommation auto thérapeutique. Par ailleurs ces 4 patients appartiennent au groupe à risque.

Cependant le trop faible effectif n'a pas permis de mettre en évidence une différence significative entre les 2 groupes ($p=0,256$).

2.2.4 Déscolarisation

On retrouve 4 adolescents déscolarisés, dont 3 dans le groupe à risque. La différence n'est pas significative ($p=1$).

2.2.5 Les difficultés familiales

La notion de difficultés familiales est retrouvée chez 12 des 23 adolescents hospitalisés pour intoxication alcoolique aiguë. Dans le groupe à risque, la proportion de cet événement est de 60%, soit 9 adolescents sur 15. Elle est inversée dans le groupe non à risque, soit 3 adolescents sur 8. Ce résultat est par ailleurs non significatif ($p=0,40$).

2.2.6 Consommation précoce

La consommation précoce (avant 15 ans) est retrouvée dans 1/3 des cas, avec une proportion identique dans les 2 groupes ($p=0,335$), elle est donc non significative.

2.2.7 Notion d'autres conduites à risque

Des conduites à risque en dehors de l'alcoolisation sont retrouvées chez 6 adolescents sur 21 soit dans 28% des cas (2 réponses manquantes).

Dans le groupe à risque, cela concerne 5 adolescents sur 13, dans l'autre groupe 1 sur 8. Ce résultat est néanmoins non significatif.

2.2.8 Consommation d'autres toxiques

Les autres toxiques comprennent d'une part le tabac et d'autre part les drogues illicites. D'une façon générale, la consommation d'autres toxiques est retrouvée dans 50% des cas (onze adolescents dans chaque groupe, une donnée manquante).

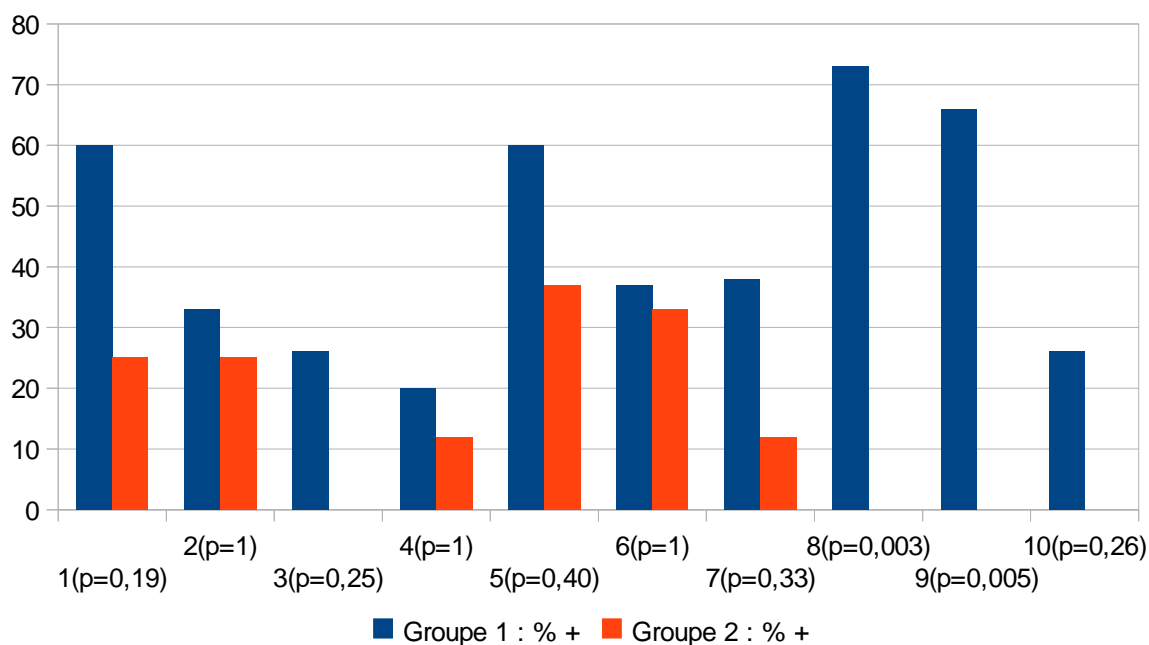
Dans le groupe à risque d'usage nocif, cette consommation est retrouvée dans plus de 70% des cas (11 dossiers sur 15), alors qu'elle n'est jamais retrouvée dans l'autre groupe (0 sur 7). Ce résultat est significatif, avec $p=0,039$.

Dans le groupe à risque, la consommation de tabac est présente chez 10 adolescents sur 15, contre 0 dans l'autre groupe ($p=0,0053$). La consommation de drogue illicite est retrouvée chez 4 adolescents, contre 0 dans l'autre groupe ($p=0,263$).

Le tableau 8 donne un récapitulatif des données qualitatives exploitées dans ce chapitre. L'axe des ordonnées est données en pourcentage, l'axe des abscisses correspond aux différentes variables.

2.3 Synthèse des résultats

Graphique 7 : Récapitulatif des données qualitatives



Variable 1 : sexe masculin, variable 2 : antécédents psychiatriques, variable 3 : consommation auto thérapeutique, variable 4 : descolarisation, variable 5 : difficultés familiales, variable 6 : consommation précoce, variable 7 : conduite à risque, **variable 8** : autre toxique, **variable 9** : tabac, variable 10 : drogue illicite.

Tableau 2 : Récapitulatif des données quantitatives

Variable	Groupe 1	Groupe 2	Significativité
Âge	16 ans et 4 mois	15 ans	p=0,046
Durée d'hospitalisation	56 heures	30 heures	p=0,52

NB : **en gras** sont indiquées les variables pour lesquelles une **différence significative** à été mise en évidence ($p < 0,05$).

3) Discussion

3.1 Limites de l'étude

La principale limite de l'étude est le faible effectif de patients et donc la faible puissance statistique, et ce malgré une période d'étude relativement longue de 9 mois. Ces résultats peuvent sembler discordants comparativement aux études faites auprès de la population adolescente et notamment l'enquête ESCAPAD. On peut probablement expliquer cette différence par le fait que beaucoup d'adolescents alcoolisés ne consultent pas aux urgences. Nous voyons dans cette étude, essentiellement les adolescents dont l'entourage s'est inquiété de leur état, ce qui les a conduit à être hospitalisés. Ceci constitue un biais de recrutement.

Pour augmenter la taille de l'échantillon, il ne m'était pas permis d'intégrer, au recueil de données, des dossiers antérieurs. L'utilisation nouvelle du questionnaire ADOSPA imposait de fait une étude prospective.

En outre, les variables étudiées dans le questionnaire sont majoritairement qualitatives et dépendent donc en partie de la subjectivité de l'adolescent au moment du recueil des données. Le questionnaire n'a pas pu être proposé toujours dans les mêmes délais après l'alcoolisation aiguë, ce qui peut être source d'erreurs.

Il existe de plus un biais de subjectivité du fait de l'expérience de l'intervenant qui pourra plus ou moins facilement obtenir certaines informations de l'adolescent. Notons que la passation du questionnaire se faisait sans la présence des parents.

Le questionnaire a été volontairement restreint à l'alcool alors qu'il a été conçu et validé pour dépister l'usage de toutes les drogues, ce qui constitue également une source de biais.

Cependant, remarquons que seul 4 adolescents sur 23 consommaient d'autre(s) drogue(s) que l'alcool et le tabac.

Le questionnaire a été limité intentionnellement à l'alcool pour éviter la confusion avec l'usage d'autre(s) drogue(s), usage par ailleurs recherché dans une des deux questions annexes du questionnaire.

Par ailleurs, rappelons que l'ADOSPA constitue un outil de repérage en soin primaire et que sa validité en population hospitalisée n'a pas encore été validée.

Concernant les critères d'âge, certains auteurs estiment que la période de l'adolescence peut se poursuivre jusqu'à plus de 25 ans, jusqu'à l'accès à une vie professionnelle. C'est toute la difficulté de définir le passage à l'âge adulte, comme nous l'avons abordé dans la première partie. L'adolescence, on sait quand ça commence, on ne sait jamais quand ça s'arrête, pourrait-on dire avec un peu d'humour.

Restreindre le recrutement de 12 à 18 ans est probablement source d'erreur, mais liée aux caractéristiques même de l'étude.

3.2 Discussion des résultats

Tous les résultats n'ont pas été soumis au test statistique, seulement les variables qualitatives (facteurs de risque de mésusage validés) précédemment citées auquel on a ajouté deux variables quantitatives : l'âge au moment de l'hospitalisation et la durée d'hospitalisation.

Les résultats bruts ont été donnés dans le paragraphe 2. Nous allons tenter ici de les analyser et de les mettre en perspective avec les données de la littérature.

3.2.1 L'âge et le genre

La différence d'âge entre les deux groupes (rappelons : groupe 1=ADOSPA \geq 2 et groupe 2=ADOSPA $<$ 2) est significativement différente ($p=0,046$). L'âge moyen du groupe 1 est de 16 ans et 4 mois, celui du groupe 2 de 15 ans.

Ces résultats sont concordants avec les enquêtes ESPAD de 2007 et ESCAPAD de 2008 qui montrent une accentuation de la consommation d'alcool avec l'âge.

Les deux sexes sont représentés de façon égale dans l'échantillon. Les deux groupes ne sont pas pour autant homogènes : le groupe 1 est composé de garçons pour 2/3 alors que le groupe 2, considéré non à risque, contient seulement 1/4 de garçons. Cependant ces résultats ne sont pas significatifs, probablement en raison du faible effectif ($p=0,193$).

L'enquête ESPAD de 2007 montre une proportion identique de garçon et de fille pour les usages occasionnels d'alcool. En revanche, les consommations épisodiques sévères sont plus fréquentes chez les garçons dans la plupart des pays européens.

3.2.2 Jour et heure d'admission

On constate que la majorité des admissions se font en début de soirée et la nuit (70% entre 20h et 06h). Trois jours de la semaine totalisent près de 80% des admissions ; ce sont les jeudis, samedis et dimanches. Cela correspond aux modalités de consommation des jeunes : l'enquête ESCAPAD de 2007 montre que la fréquence des ivresses alcooliques paraît très nettement corrélée à la fréquence des sorties dans les bars, ou à celle des soirées entre amis et donc au temps libre.

La proportion d'usagers réguliers varie d'un facteur 4 avec les sorties vespérales, ce qui soulignerait le caractère social de ces usages selon l'enquête HSBC 2006.

A contrario, l'**alcoolisation en journée peut avoir valeur de signal d'alerte**, d'où la nécessité de la rechercher à l'interrogatoire.

3.2.3 Personne accompagnante

On note que la majorité des adolescents sont venus accompagnés de leurs parents (50%), environ 25% avec les pompiers, 13% soit trois adolescents avec le SAMU, 8 % soit deux adolescents avec des amis et 4% soit un adolescent avec un éducateur.

On peut noter que cela va dans le sens des recommandations à savoir que les adolescents alcoolisés ne doivent pas être pris en charge par la police et doivent être orientés vers une structure hospitalière. En pratique, ils le sont parfois en cas d'ivresse publique manifeste comme le montre une étude réalisée au CHU de Nancy (89).

On peut également souligner le fait que 50% des parents ne semblent pas initialement au courant de cette alcoolisation.

3.2.4 Alcoolémie, score de Glasgow et toxiques urinaires

En relevant ces paramètres, l'objectif est d'une part d'objectiver l'état clinique à l'entrée et d'autre part de mettre ou non en évidence des différences de prise en charge et en discuter.

L'alcoolémie a été mesurée dans 16 cas sur 23 (70%), sa moyenne est de 1,49g/l, les extrêmes allant d'une alcoolémie <0,1g/l à 2,81g/l.

Ce taux d'alcoolisation moyen est élevé, il correspond à environ 7 à 8 unités d'alcool, dose variable d'un individu à l'autre.

Cette donnée n'a pas pu être analysée statistiquement en raison de valeurs manquantes (7). L'ANAES recommande le dosage de l'alcoolémie en systématique (2001), cependant les adolescents qui ont été hospitalisés après un passage au service d'accueil des urgences adultes n'ont pas tous été prélevés si leur état clinique était jugé satisfaisant et dans la mesure où l'ingestion d'alcool était à distance.

Le score de Glasgow est dans la grande majorité des cas (>80% soit 19 patients) entre 14 et 15. Quatre adolescents avaient un Glasgow inférieur à 14 (8, 11 et 13).

Trois ont pu être hospitalisés en pédiatrie après une période de surveillance aux urgences adultes. Un a été transféré en service de réanimation et ventilé pendant 24 heures en raison d'une agitation et du risque d'inhalation important. Il est sorti après quelques heures d'observation mais a dû être réadmis en pédiatrie le soir même pour un torticolis spasmodique à la loxapine, un neuroleptique sédatif.

Les toxiques urinaires n'ont été demandés que dans trois cas, lorsque les manifestations cliniques apparaissaient discordantes avec la seule prise d'alcool (hallucinations). Ils sont revenus négatifs à chaque fois. À noter que les recommandations de l'HAS préconisent leurs recherches systématiquement.

3.2.5 Durées d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation dans le groupe 1 est de 2,3 jours (56 heures) contre 1,4 jour (30 heures) pour le groupe 2. Cependant ce résultat n'est pas significatif ($p=0,52$).

La durée moyenne est à peine supérieure à 2 jours (2 jours et 3 heures). On observe une grande hétérogénéité des durées d'hospitalisation, allant de quelques heures à 15 jours dans un cas d'alcoolisation chronique qui est illustré en cas clinique.

Rachel est une jeune fille de 17 ans sans antécédent somatique. Elle consulte une après midi avec sa mère qui souhaite l'hospitaliser pour abus chronique d'alcool.

L'interrogatoire nous apprend que R. consomme de l'alcool jusqu'à l'ivresse minimum 4 fois par semaine progressivement depuis l'âge de 14 ans dans les suites d'une déception sentimentale, avec un groupe de pairs plus âgés, dont son petit copain de 25 ans sans emploi. Elle n'envisage pas de sortir sans boire. Elle avoue de fréquents « trous noirs » en fin de soirée et des relations sexuelles non protégées dans ce contexte. Son score ADOSPA est de 6. Elle fume mais ne consomme pas d'autre toxique.

Par ailleurs, elle ne va plus à l'école depuis plusieurs mois et envisage de faire un apprentissage mais n'a pas de projet concret. Elle gagne sa vie en travaillant avec les forains au coup par coup, avec qui elle consomme également de l'alcool.

Sur le plan familial, ses parents sont séparés et elle ne voit plus son père.

Elle refuse initialement l'hospitalisation, en avouant ne pas pouvoir se passer de sortir et de boire. Elle sera finalement hospitalisée 15 jours, recevra un traitement anxiolytique et sera vue régulièrement en entretien par le Dr MAGLIA, addictologue.

Le suivi se poursuivra après sa sortie et verra une amélioration considérable de son état psychique et la réapparition d'un projet de vie construit.

La HAS préconise un temps minimal d'hospitalisation de 72 heures. La plupart des adolescents vus dans ce contexte ne relèveraient pas du seul diagnostic d'ivresse festive ou initiatique. Il n'y a pas d'évaluation de cette hospitalisation, mais les experts de la HAS pensent qu'elle permettra au mieux de faire le bilan d'une pathologie psychosociale souvent associée et d'organiser le suivi.

Il s'agit aussi pour l'adolescent de prendre une distance nécessaire sur sa conduite, essayer d'y réfléchir, de penser.

Dans la perspective d'une sortie rapide l'adolescent a parfois envie de donner les réponses attendues pour ne pas retarder sa sortie.

Proposer d'emblée son hospitalisation permettrait à l'adolescent de se confier sans enjeu de sortie. Et donc amènerait plus de sincérité dans l'entretien (108).

Cependant, et c'est **l'hypothèse** de cette thèse, il semble que tous les adolescents consommateurs d'alcool ne soient pas à risque d'usage nocif, certains ont une consommation purement **festive ou initiatique**. L'un des intérêts de l'ADOSPA pourrait être de confirmer une impression positive de l'évaluation globale de l'adolescent à travers le dossier adolescent. Et dans ce cas précis, une hospitalisation prolongée peut sembler inutile.

Un cas clinique pourra illustrer cette situation :

Adrien K. est un jeune homme de 17 ans sans antécédents médico-chirurgicaux notables.

Un soir après le repas à l'internat, il se retrouve avec des copains et boit de l'alcool de façon inaugurale, ce qui l'amène à consulter' aux urgences devant l'apparition de vomissements et sensation de malaise.

Adrien n'exprime aucune souffrance psychique en rapport avec son geste qu'il n'explique pas autrement que par la volonté d'expérimenter une chose nouvelle. Il n'existe aucune symptomatologie dépressive. L'ADOSPA est à 1 (question 5).

Il est par ailleurs bon élève en 1ère mécanique et a pour objectif de devenir mécanicien.

Il vit en internat la semaine et chez ses parents le week-end. Il a de bonnes relations familiales.

Il ne fume pas et ne consomme aucun autre toxique par ailleurs.

*Il s'agit donc a priori ici d'une **consommation récréative et initiatique**.*

Une information sur l'alcool a été donnée et la sortie est autorisée le lendemain.

Dans notre étude, sept adolescents ont ce profil, dont quatre ont un ADOSPA à 2 et trois ont un ADOSPA à 0 ou 1.

3.2.6 Résultats et distribution des scores du questionnaire ADOSPA

On remarque que le groupe 1 (ADOSPA supérieur ou égal à 2) représente 15 adolescents soit environ 65% de la population. Treize patients (86%) de ce groupe ont un score inférieur ou égal à 3 réponses positives, seulement deux adolescentes ont un score supérieur à trois.

Ces deux jeunes filles sont par ailleurs les seules à avouer un réel problème d'alcoolisation chronique. L'une, orientée en secteur de psychiatrie, présente de nombreuses conduites à risque (IMV itératives, polyconsommations, descolarisation) et l'autre sera gardée 15 jours en hospitalisation pour une cure de sevrage en lien avec le Dr Maglia, addictologue de l'hôpital Jean Monnet. Le suivi sera poursuivi après l'hospitalisation. Ces résultats vont dans le sens d'une gradation de la gravité du mésusage en fonction du score ADOSPA, ce qui était mis en évidence dans l'étude de validation de ce test (59).

Concernant la distribution des scores, trois questions totalisent plus de 80% des réponses positives, à savoir :

- 1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (Auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ? **10 réponses +**

Cette question renvoie à la recherche de prise de risque sous l'effet de l'alcool.

- 3. Avez-vous **Oublié** des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ? **15 réponses** +

Cette question suppose la recherche de l'alcool « défoncé », un usage massif.

-5. Avez-vous déjà eu des **Problèmes** en consommant de l'alcool? **11 réponses** +

Cette question fait référence aussi à la fréquence des alcoolisations.

La question qui arrive en tête des réponses positives est donc celle qui suppose une consommation massive. Cela va dans le sens de l'évolution des conduites de consommation des jeunes et notamment l'augmentation de l'incidence du binge drinking.

3.2.7 Consommation d'autre(s) toxique(s)

Dans le groupe à risque d'usage nocif, cette consommation est retrouvée dans plus de 70% des cas (11 dossiers sur 15), alors qu'elle n'est jamais retrouvée dans l'autre groupe (0 sur 7). Ce résultat est significatif, avec $p=0,039$.

Dans le groupe à risque, la consommation de tabac est présente chez 10 adolescents sur 15, contre 0 dans l'autre groupe ($p=0,0053$).

La consommation de drogue illicite est retrouvée chez 4 adolescents, contre 0 dans l'autre groupe ($p=0,263$).

C'est donc l'association alcool-tabac qui semble au premier plan, décrite par nombre d'auteurs (74).

3.2.8 Facteurs de risque pour lesquels il n'a pas été mis en évidence de différence significative

Nous avons développé dans la deuxième partie la description des facteurs de risque d'abus d'alcool à l'adolescence. Huit ont été retenus dans cette étude, à savoir :

-La consommation d'autre toxique dont la consommation de tabac pour lesquels a été mis en évidence une différence significative entre les deux groupes.

-La notion d'antécédents psychiatriques, le genre, la consommation auto-thérapeutique, la descolarisation, les difficultés familiales, la notion de consommation précoce, les conduites à risque en dehors de l'alcoolisation, variables pour lesquelles il n'a pas été mis en évidence de différences significatives entre les deux groupes.

La question que l'on est amené à se poser peut se formuler ainsi : l'absence de significativité est-elle due à la faible puissance de l'étude ou signifie-t-elle réellement l'absence de lien statistique entre ces facteurs de risque et une consommation jugée nocive par un test validé ? Il est évidemment impossible de répondre à cette question. On peut tout au plus émettre des hypothèses. La principale hypothèse est le manque de puissance du au faible effectif. Compte tenu des effectifs, les statistiques doivent être regardées avec prudence. Les chiffres et les tendances mises en évidence sont au moins aussi intéressants.

Une seconde hypothèse serait de dire que les modalités de consommation d'alcool actuelles ne seraient pas uniquement l'apanage des jeunes considérés « à risque », mais aussi pour partie un phénomène de mode. En d'autres termes que des jeunes sans profil particulier seraient aussi en proie à l'alcoolisation massive pouvant conduire à une hospitalisation. Cette hypothèse demanderait à être approfondie par d'autres travaux.

3.3 Intérêt d'un dossier adolescent consacré à l'IAA ?

En premier lieu, il ne faut évidemment pas s'arrêter à la consommation d'alcool chez ces jeunes qui ne fait figure que de **symptôme**, le risque étant de stigmatiser le jeune dans sa consommation, au détriment des causes de celle-ci.

L'autre risque est la **banalisation** de l'acte, l'adulte pouvant être amené à projeter son propre vécu (« j'ai fait pareil à son âge »), ou à banaliser (« il a bu un coup de trop »).

Ces adolescents ne seront pas accessibles à un discours simplement informatif, qui de toute façon est insuffisant, **certains de ces jeunes relèvent d'un suivi psychologique**. La recherche systématique d'une souffrance psychique en rapport avec le geste paraît donc nécessaire.

De là deux possibilités se dessinent :

1- L'interrogatoire spécifique au travers du dossier adolescent met en évidence une **souffrance psychique** ; l'adolescent sera vu par la psychologue du service.

La HAS rappelle l'association fréquente avec les tentatives de suicide (20 à 30%) et préconise de ce fait une prise en charge proche de celles-ci.

-L'ADOSPA est inférieur à deux : l'alcool ne semble pas au cœur du problème mais plutôt comme un **vecteur de la souffrance psychique** qu'il faudra prendre en charge.

-L'ADOSPA est supérieur ou égal à deux : l'adolescent sera vu en parallèle par l'**équipe de liaison en addictologie**.

2- Le dossier adolescent ne montre **pas de perturbation psychosociale** notable.

-L'ADOSPA est inférieur à deux : il n'existe à priori pas d'usage nocif d'alcool. Sans pour autant banaliser l'acte qui a conduit à une hospitalisation, la Société Française d'Alcoologie préconise dans ces situations à la limite du mésusage un **suivi à moyen terme (3 à 6 mois)**.

Il pourra être effectué soit par un médecin généraliste formé à l'abord des adolescents et à l'investigation de l'usage de substances, soit par un spécialiste en santé mentale, un pédiatre ou un addictologue.

-L'ADOSPA est supérieur ou égal à deux ou dépiste un usage auto-thérapeutique (question 2 et/ou 4 positive(s), usage détente et/ou solitaire) : la prise en charge est dirigée conjointement par le pédiatre et le service de liaison en addictologie, incluant un suivi régulier à distance de l'hospitalisation si nécessaire.

Dans notre étude, on remarque une grande diversité de prise en charge en ce qui concerne la durée d'hospitalisation (cf 3.2.5) et les interventions de professionnels extérieurs, (psychologue et équipe de liaison en addictologie). En effet :

-Sept adolescents ont vu l'équipe de liaison, dont six avaient un ADOSPA supérieur ou égal à 2. A noter qu'initialement le score arbitrairement retenu pour faire appel à l'équipe de liaison en addictologie était un ADOSPA supérieur ou égal à trois.

-Six ont bénéficié d'un entretien auprès de la psychologue du service, dont trois avaient un ADOSPA supérieur ou égal à 2.

Il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation de la prise en charge mais d'un simple constat qui nous incite à proposer un **outil simple** de prise en charge tenant compte des recommandations et des moyens disponibles dans un centre hospitalier de taille moyenne comme l'est le CH d'Épinal. Cet outil a pris la forme d'un nouvel opus du dossier adolescent intitulé « **Dossier adolescent : Intoxication Alcoolique Aiguë** ».

Il inclut les **recommandation ANAES 2001** à l'utilisation du questionnaire **ADOSPA** et la **recherche de facteurs de risque d'abus d'alcool** à l'adolescence.

Une de ses finalités est d'aider le médecin à **distinguer l'expérience sans lendemain d'une conduite pathologique** ou à risque de le devenir. Il doit également orienter la prise en charge en conséquence, en incluant un suivi ultérieur si nécessaire.

La prise en charge initiale fait pour partie l'objet de recommandations des autorités de santé. Le « dossier adolescent Intoxication alcoolique aiguë » inclut ces recommandations dans le but de stéréotyper une partie de la prise en charge, notamment initiale.

La trame du dossier adolescent a été bien sur conservée. Elle permet une évaluation globale médico-psycho-sociale de l'adolescent et notamment le **dépistage d'une détresse psychique** qui sera précisée et suivi par la psychologue ou le psychiatre.

Le questionnaire ADOSPA dépiste un **usage nocif** qui doit amener à faire appel à l'équipe de liaison en addictologie.

La **recherche de facteurs de risque** reconnus de mésusage d'alcool à l'adolescence permet de se faire une idée du **risque de récurrence** et doit inciter à une plus de prudence dans le suivi.

3.4 Le dossier adolescent Intoxication Alcoolique Aiguë

A la manière d'une synthèse, ce dossier fait office de première conclusion à cette thèse en proposant une démarche thérapeutique fondée à la fois sur les recommandations et sur la trame du dossier adolescent tel qu'il est utilisé dans le service de pédiatrie d'Épinal. Il comporte en filigrane un arbre décisionnel simple et devrait aider à la prise en charge de ces adolescents.

En résumé, les deux questions auxquelles il faut répondre sont : Y-a-t-il souffrance psychique ? Existe-t-il un risque addictif ?

D'autre part on doit pouvoir préciser le type de consommation et évaluer le risque de récurrence dans la conclusion.

Il est conçu pour tenir dans une double page à la manière des trois autres dossiers qui sont présentés en annexe.

Centre Hospitalier Jean Monnet – Epinal - SERVICES DE PEDIATRIE

OBSERVATION MEDICALE – ADOLESCENT

INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUË

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Admission dans le service : *date*

heure

Circuit hospitalier préalable <hr/> <hr/>	Initialement en provenance de <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> institution <input type="checkbox"/> centre hospitalier de service
<i>Service(s)</i> Date – heure <i>D'admission</i>	
Adressé initialement par <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> aucun médecin	Médecin traitant Dr Autres correspondants :
<i>Observation effectuée par :</i> <i>Fonction</i> <i>Médecin hospitalier responsable du patient</i> <i>Signature</i>	<i>Validée par (médecin senior)</i> <i>Date – heure</i> <i>Dr</i>
Autorisation de soins : <i>Je soussigné(e)</i> <i>Hospitalier Jean Monnet à pratiquer tout geste diagnostique et thérapeutique, toute intervention (chirurgie et anesthésie), et tout transport nécessités par l'état de l'enfant pour transfert ou consultation spécialisée.</i> <i>Epinal, le</i>	<i>autorise les médecins du Centre</i> <i>Signature (père, mère ou tuteur légal)</i>

DOSSIER ADOLESCENT : INTOXICATION ALCOOLIQUE AIGUË

MOTIF D'HOSPITALISATION

Les recommandations de l'ANAES :

- Hospitalisation systématique

- En service de pédiatrie générale

- Triple évaluation : somatique,

puis psychiatrique et sociale dès que l'état le permet

- Mise en place d'une continuité des soins

- Alliance thérapeutique
(confidentialité)

HISTOIRE DE LA MALADIE

Circonstances :

-Heure, lieu, effet recherché

-Type d'alcool, quelle quantité en combien de temps

-En groupe ? Seul ? Le matin ou en soirée ?

- Antécédent personnel d'alcoolisation

-Prise médicamenteuse ? Équivalent suicidaire ?

ANTECEDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

- Vaccinaux

- Allergiques

- Médicaux

- Chirurgicaux

- Traumatologiques (répétitions)

- Hospitalisation antérieure, motif ?

Suivi psychologique antérieur ?

TRAITEMENT EN COURS

Observance ?

EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE :

Glasgow : Glycémie : Température : Alcoolémie :

TA : FC : SaO2 : FR :

-Examen neurologique : coma, somnolence, agitation?

-Examen respiratoire : risque inhalation (vomissement) ?

hypoventilation ?

-Examen traumatologique : TC ? Plaies ? Hématome ? Fractures ?

EXAMEN CLINIQUE à DISTANCE DE L'IAA :

Age maturatif : Poids : Taille : IMC :

-Croissance ? Normale ? Obésité ? Surpoids ?

-Puberté (Tanner) : **précoce ??**

-Cutané : Acné

Scarifications : Typiques (bras..), Atypiques (organes génitaux..)

-Appareil locomoteur : Gibbosité, Scoliose, Cyphose ?

-Hygiène : Générale, dentaire

-Appareil reproducteur : La sexualité et l'examen gynéco. et andrologique ont-ils pu être abordés ?

Conclusion de l'examen clinique

Bilan biologique minimal proposé (recommandations ANAES 2001)

- Recherche de toxiques urinaires

- NF, iono, transa, alcoolémie

L'INTERROGATOIRE SPECIFIQUE :

* Les indispensables

- Comment dors-tu ?
- Comment manges-tu ?
- Te sens-tu bien en famille ?
- Comment ça va au collège, lycée ?
- C'est quoi tes autres centres d'intérêt ?
- Tu as des copains ?
- Un(e) petit(e) ami(e) ?

* Conduites à risque et troubles du comportement :

- Prise de risque au volant ? Port du casque ?

- Culture du danger ? Bagarres, vol, fugues ?

- Relations sexuelles non protégées ?

* Le monde personnel. Santé mentale.

Éléments dépressifs :

- Alimentation, Sommeil, Fatigue ?

- Pessimisme ?

- Perte d'intérêt, de plaisir

- Culpabilité, Dévalorisation

- Idées suicidaires

-IAA : équivalent suicidaire ??

-Éléments impulsifs :

* Addictions :

- Produits ? Précocité ? Fixité ? Association ?

- Usage festif ?

- Auto thérapeutique ? Toxicomaniaque ?

- Addiction comportementale ? (jeux pathologique, cyberdépendance..)

-ADOSPA :

- Es-tu déjà monté(e) dans un véhicule (**A**uto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (toi y compris) qui avait bu ?
- Utilises-tu de l'alcool pour te **D**étendre, te sentir mieux ou tenir le coup ?
- As-tu déjà **O**ublié ce que tu avais fait sous l'emprise de l'alcool ?
- Consommes-tu de l'alcool quand tu est **S**eul ?
- As-tu déjà eu des **P**roblèmes en consommant de l'alcool ?
- Tes **A**mis ou ta famille t'ont-ils déjà dit que tu ferais bien de réduire ta consommation de boissons alcoolisées ?

→ **risque faible d'usage nocif (<2)**

→ **risque intermédiaire à élevé d'usage nocif (>ou égal à 2) et/ou consommation auto-thérapeutique (usage Détente et/ou Solitaire) : entretien addictologique systématique**

CONCLUSION : TYPE DE CONSOMMATION ET APPRECIATION DU RISQUE DE RECIDIVE

Type de consommation (usage simple, à risque, nocif, auto-thérapeutique, avec dépendance) :

Facteurs de risque d'abus d'alcool à l'adolescence :

- Sexe masculin
- Puberté précoce
- Antécédents psychiatriques
- Trouble du comportements et impulsivité
- Antécédents familiaux d'abus d'alcool
- Consommation précoce (<15 ans)
- Autre conduite à risque
- Groupe de pairs consommateurs
- Usage auto-thérapeutique
- Difficultés familiales (famille séparée relations familiales altérées durablement)
- Contenant d'autorité (trop, trop peu)
- Échec Scolaire
- Cumul de substances psycho-actives (tabac, cannabis, autres drogues)?

TRAITEMENT - PRISE EN CHARGE

- Suivi psychologique ?

. hospitalier ?

. fédération des adolescents ?

. psychiatre libéral ?

. autres (CMP ? CHS ?...)

. date du prochain rendez-vous

- Suivi addictologique ?

. hospitalier ?

. date de rendez-vous

Famille, entourage, personnes ressource ? (N° tel, adresse..)

V) Conclusion

L'augmentation conséquente du nombre d'hospitalisations pour IAA ces dernières années doit amener à se poser la question de la prise en charge d'une part, et de la prévention d'autre part. Le dossier adolescent IAA, en incluant différentes recommandations, pourrait servir de base pour répondre en partie à la question de la prise en charge. La question de la prévention, plus vaste car ayant une dimension politique et sociétale, doit d'autant plus être débattue.

En premier lieu, la bibliographie de cette thèse nous a permis de mettre en évidence l'existence de facteurs de risque de mésusage d'alcool à l'adolescence dont la légitimité est appuyée par des études cliniques. Reconnaissons la faiblesse des résultats de notre étude en regard du faible échantillon étudié. Mais au delà des chiffres, l'intérêt de ce travail est d'avoir permis un questionnement et l'élaboration d'une **démarche clinique**.

Le **dossier adolescent IAA** a été élaboré en respect des recommandations et en adéquation avec les moyens humains disponibles dans le Centre Hospitalier Général d'Épinal. Nous espérons qu'il sera un outil efficace dans la prise en charge de ces jeunes.

D'autre part, les adolescents dont la consommation d'alcool est à risque, pourraient également être dans une **relation aux risques** plus intense que les jeunes dans une conduite d'essai. L'entretien clinique à travers le dossier adolescent doit s'intéresser chez ces adolescents aux autres prises de risque éventuelles, et repérer leurs gravités : la présence ou non d'autres conduites à risque et leurs répétitions, les évènements de vie négatifs, la qualité des relations familiales, la scolarité, le profil et les antécédents psychologiques. Ceci, afin d'évaluer la dynamique des conduites à risque, et la nécessité d'une prise en charge. On mesure bien ici l'importance de cet interrogatoire spécifique, les différentes rubriques permettant de faire des liens et de mieux percevoir la **vulnérabilité** de l'adolescent.

Par ailleurs, au vu des enquêtes épidémiologiques, il est très probable qu'une partie de ces adolescents qui prennent des risques et s'alcoolisent ne soient jamais admis pour état d'ivresse.

Ainsi, tout adolescent vu en consultation de soin primaire devrait avoir un **repérage** portant sur **l'usage des substances psycho-actives**.

Malheureusement cette pratique n'est pas systématique, pour différentes raisons que nous avons évoquées dans la troisième partie.

L'apparition de test de repérage précoce validé, simple et rapide comme l'**ADOSPA** pourra permettre de changer la donne. La HAS recommande l'utilisation large de ce type de **repérage couplé à l'intervention brève ou à l'entretien motivationnel**.

La loi HPST prévoit en outre une **consultation annuelle gratuite de prévention** chez les adolescents de 16 à 25 ans chez le médecin de leur choix, qui pourrait être un moment privilégié pour instaurer une relation de confiance avec l'adolescent et aborder la consommation de toxique. Il conviendrait de généraliser cette pratique encore trop méconnue des adolescents et des médecins.

Dans un objectif de **prévention primaire**, l'école a également un grand rôle à jouer. La formation à la citoyenneté doit s'appliquer au développement des **compétences psycho sociales** dans le but de développer des **ressources** pour **faire face aux tourments de l'adolescence et au risque addictif**, en apprenant à **se connaître et se respecter**.

Enfin, dans un contexte de régression de la transmission inter-générationnelle, et dans la mesure où le risque peut avoir un effet bénéfique et structurant lorsqu'il est adapté, comment l'intégrer à un **pédagogie éducative** ?

Dans une société ambivalente sur la notion du risque qui tend à le valoriser d'une part à travers le culte de la personne et du dépassement de soi permanent et à le bannir d'autre part dans une tendance sociale sécuritaire, on comprend l'ambiguïté du rapport au risque des individus.

Et principalement des jeunes en pleine construction identitaire qui peuvent voir dans la prise de risque une forme d'affirmation de soi, une opportunité de « prouver leurs valeurs » aux yeux des autres.

Mais n'y aurait-il pas là une occasion à saisir, pour restaurer à la fois la transmission et la **valeur du risque** ? Redonner de la valeur au risque pour éviter qu'il ne se pérennise et afin qu'il redevienne initiatique, qu'il intègre plutôt que d'exclure, voilà tout un programme.

A titre d'exemple, cela a été en partie mis en œuvre dans une forme de prise de risque que sont certains sports extrêmes. La création de fédération, de brevet d'état et d'école permet d'**encadrer le risque** et permet l'**apprentissage progressif** d'un sport réputé dangereux comme peut l'être le vélo tout terrain ou le parapente.

Des initiatives en ce sens existent déjà à travers par exemple les clubs d'œnologie dans les faculté ou école supérieures. Loin des soirées « open bar » où seul l'aspect quantitatif fait loi, la dégustation et l'apprentissage de la culture liée au vin sont mises en avant. Il s'agit là d'une pratique réservée à une forme d'élite. D'autres initiatives plus populaires doivent être pensées afin d'encadrer les plus jeunes dans leur consommation de boissons alcoolisées. A l'échelle familiale ou à celle d'un quartier, une idée serait d'encourager les activités et les **fêtes inter générationnelles**, pour **développer le lien et la transmission** et décroïsonner les groupes.

Sans faire disparaître le risque, ce qui par ailleurs rendrait la conduite moins attrayante pour les jeunes, il convient de le minimiser par l'**apprentissage** de certaines règles de sécurité et ainsi permettre qu'à leur tour ces jeunes soient **responsables** envers d'autres.

Responsable (en anglais response-ability, être apte à donner des réponses), voilà peut-être une définition du passage à l'âge adulte.

Annexes

Classification de Tanner

Stade	Pilosité pubienne homme	Pilosité pubienne femme	Testicules et pénis chez l'homme	Développement des seins chez la femme
I	Absence de pilosité pubienne ; un fin duvet couvre la zone génitale.	Absence de pilosité pubienne.	Testicules, scrotum et pénis de taille prépubère.	Pas de seins, élévation éventuelle du mamelon et aréole petite et plate.
II	Quelques poils légèrement pigmentés, droits, allongés, en général à la base du pénis.	Quelques poils longs pigmentés, apparaissant sur le pourtour des grandes lèvres.	Croissance du scrotum et des testicules ; peau scrotale plus rouge et augmentation du volume du pénis.	Apparition du bourgeon mammaire. Le mamelon et l'aréole augmentent de diamètre et sont légèrement bombés.
III	Poils pubiens bien visibles, pigmentés, bouclés, étalés latéralement.	Augmentation de la pigmentation des poils pubiens, qui commencent à friser et n'occupent qu'une petite partie du pubis.	Croissance du pénis en longueur. Allongement du scrotum et augmentation du volume testiculaire.	Les bourgeons mammaires et l'aréole continuent de s'élargir. Le contour des seins ne se dessine pas encore.
IV	Pilosité de type adulte, plus drue.	Les poils pubiens continuent de friser et deviennent plus drus ; pilosité plus dense.	Le volume testiculaire et le scrotum continuent d'augmenter ; pigmentation plus marquée du scrotum ; le pénis continue de grandir et le contour du gland devient visible.	Projection antérieure de l'aréole et du mamelon pour former une seconde protubérance.
V	Pilosité adulte qui s'étend sur la surface interne des cuisses.	Pilosité de type adulte en triangle qui s'étend sur la surface interne des cuisses.	Les testicules, le scrotum et le pénis atteignent leur taille et leur forme adultes.	La protubérance aréolaire a disparu, le mamelon continue de saillir ; anatomie adulte.

Questionnaire AUDIT

	0	1	2	3	4	Score
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	jamais	<1 fois/mois	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois/semaine	> 4 fois/semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus lors d'une occasion particulière ?	jamais	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
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	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
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	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
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	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	jamais	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
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	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé par quelqu'un d'autre, ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	jamais	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
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 ?	jamais	<1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	tous les jours ou presque	
Total						

*Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool.
Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool*

Questionnaire FACE

Au cours des douze derniers mois		
<i>A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</i>	Jamais (0), < 1 fois/mois (1), 2 à 4 fois /mois (2), 2 à 3 fois/semaine (3), > 4 fois/semaine (4)	Score :
<i>Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</i>	1 ou 2 (0) 3 ou 4 (1) 5 ou 6 (2) 7 ou 8 (3) 10 ou plus (4)	
Au cours de toute votre vie...		
<i>Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?</i>	Non = 0 Oui = 4	
<i>Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme</i>	Non = 0 Oui = 4	
<i>Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?</i>	Non = 0 Oui = 4	
Total des réponses (0-20)		

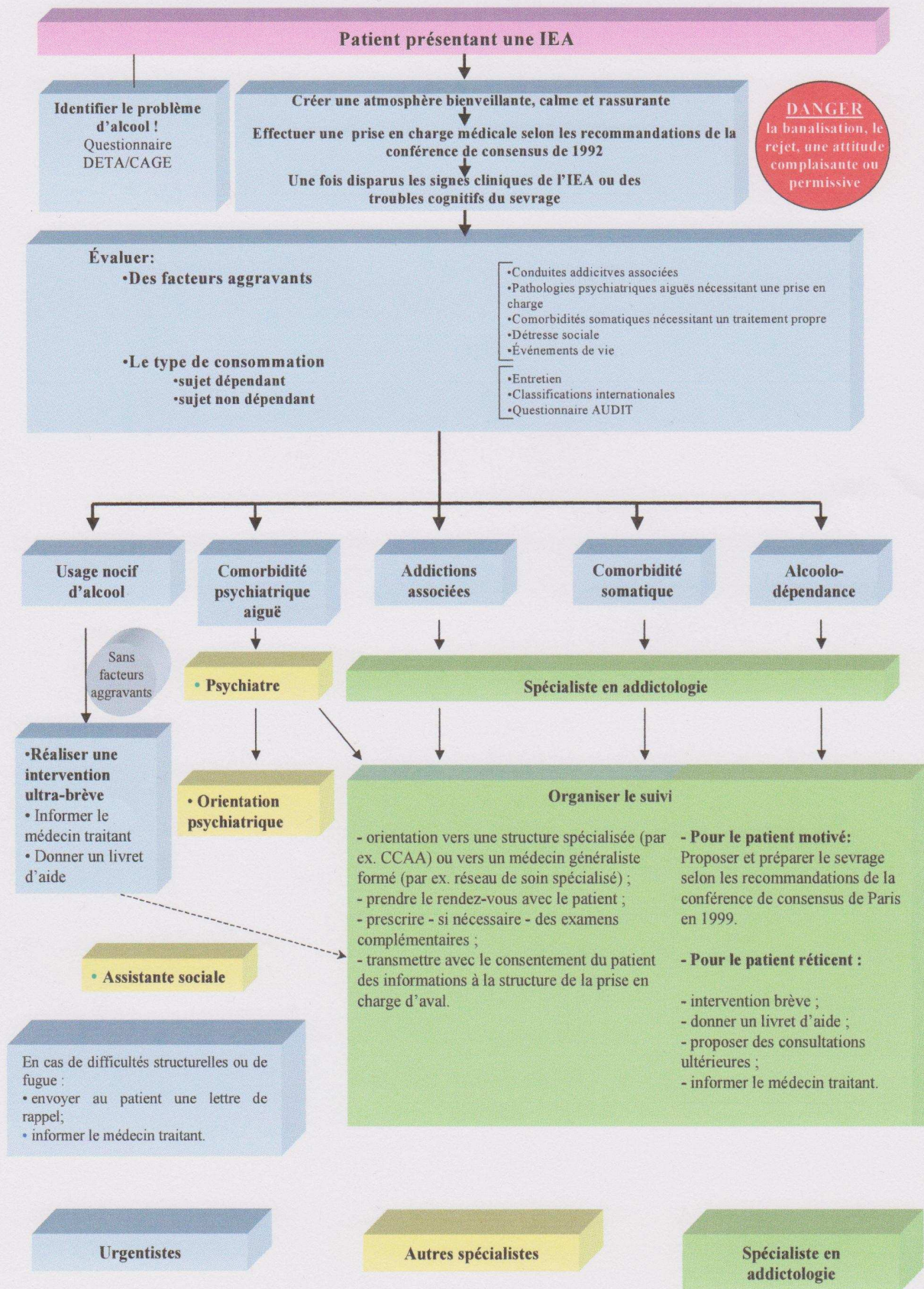
Hommes : risque faible/nul si < 5, consommation excessive entre 5 et 8, dépendance si > 8.

Femmes : risque faible/nul si < 4, consommation excessive entre 4 et 8, dépendance si > 8.

Echelle du score de Glasgow (GCS)

Ouverture des yeux (Y)	Réponse verbale (V)	Réponse motrice (M)
1 - Nulle	1 - Nulle	1 - nulle
2 - A la douleur	2 - Incompréhensible	2 - Extension stéréotypée (rigidité <u>décérébrée</u>)
3 - Au bruit	3 - Inappropriée	3 - Flexion stéréotypée (rigidité de <u>décortication</u>)
4 - Spontanée	4 - Confuse	4 - Evitement
	5 - Normale	5 - Orientée
		6 - Aux ordres

Score de Glasgow = Y + V + M (mini = 3 ; maxi = 15)



Centre Hospitalier Jean Monnet – Epinal - SERVICES DE PEDIATRIE

OBSERVATION MEDICALE – ADOLESCENT

DOSSIER GENERAL

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Admission dans le service : date

heure

Circuit hospitalier préalable	Initialement en provenance de <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> institution <input type="checkbox"/> centre hospitalier de service
<hr/> <hr/>	
Service(s) Date – heure D'admission	
Adressé initialement par	Médecin traitant
<input type="checkbox"/> Dr	Dr
<input type="checkbox"/> aucun médecin	Autres correspondants :
<hr/>	
Observation effectuée par : Fonction Médecin hospitalier responsable du patient	Validée par (médecin senior) Date – heure
Signature	Dr
<hr/>	
Autorisation de soins :	
Je soussigné(e) autorise les médecins du Centre Hospitalier Jean Monnet à pratiquer tout geste diagnostique et thérapeutique, toute intervention (chirurgie et anesthésie), et tout transport nécessités par l'état de l'enfant pour transfert ou consultation spécialisée.	
Epinal, le	Signature (père, mère ou tuteur légal)

DOSSIER ADOLESCENTS

Motif d'hospitalisation

- Alliance thérapeutique :
 - Se présenter
 - Expliquer
 - Confidentialité
- Entendre l'adolescent seul
- Entendre les parents seuls
- Les voir ensemble

- Motif initial ? secondaire (réel) ?
- Urgence de soins ? de crise ?
- Demande des parents, de l'ado. ?

Antécédents personnels et familiaux

- Vaccinaux
- Allergiques
- Médicaux
- Chirurgicaux
- Traumatologiques (répétitions ?)
- Hospitalisations

Traitements en cours

Observance ?

Histoire de la maladie

- Fréquence des troubles
- Durée
- Répétition
- Circonstances
- Traitements entrepris

Examen clinique

Age maturatif : Poids : Taille : IMC : TA : Température :

- Tâches de l'adolescence :
 - Se sentir à l'aise dans son corps
 - Trouver son identité sexuelle
 - Acquérir une autonomie (psychologique, affective et matérielle)
 - S'engager dans une filière professionnelle satisfaisante
 - Adopter un système de valeur et de croyance cohérent

Croissance :
- Normale ?
- Obésité ? - Surpoids ?

Puberté (Tanner) :
- Garçons : P1 à P5 :
G1 à G5 :
- Filles : P1 à P5 :
M1 à M5 :

Cutané :

- Acné

- Scarifications

. Typiques (bras..)

. Atypiques (organes génitaux..)

Appareil locomoteur :

- Gibbosité

- Scoliose

- Cyphose

Appareil reproducteur :

- La sexualité et l'examen gynéco.

et andrologiques

ont-ils pu être abordés ?

Hygiène :

- Générale, dentaire

Conclusions de l'examen clinique

L'interrogatoire spécifique

* Le Corps

- Alimentation

- Sommeil

- Fatigue

- Plaintes floues

* La famille

Famille nucléaire, arbre généalogique, l'enfance, événements marquants

- *Heureux en famille ?*

- *Événements dans l'enfance ?*

- *Événements traumatiques ?*

* La société

Ecole, temps extra scolaire, les pairs, sexualité, addiction, conduite à risque, troubles du comportement

Scolarité :

- *Parcours scolaire*

- *Echec scolaire ?*

- *Investissement parental*

- *Projet d'avenir*

Activités extra scolaires

Sexualité :

- *Age maturatif*

- *Connaissances ?*

- *Petit(e) ami(e) ?*

- *Vie sexuelle active ?*

- *Contraception ?*

- *Prévention IST*

- *Sujets d'inquiétude ?*

Addictions :

- *Produits ?*

- *Précocité ?*

- *Fixité ?*

- *Association ?*

- *Usage festif ?*

- *Auto thérapeutique ?*

- *Toxicomaniaque ?*

Conduites à risques

et troubles du comportement :

- *Prise de risque au volant ?*

- *Port du casque ?*

- *Culture du danger ?*

- *Bagarres ? vol ? fugues ?*

*** Le monde personnel. Santé mentale.**

Eléments dépressifs :

- Alimentation
- Sommeil
- Fatigue
- Pessimisme
- Perte d'intérêt
- Culpabilité
- Dévalorisation
- Idées suicidaires

Conclusions, impression générale, diagnostic

- Trois symptômes ?
- Plus de trois fois par semaine ?
- Pendant plus de trois mois ?

Les indispensables

- Comment dors-tu ?
- Comment manges-tu ?
- Te sens-tu bien en famille ?
- Comment ça va au collège, lycée ?
- C'est quoi tes autres centres d'intérêt ?
- Tu as des copains ?
- Un (une) petit(e) ami(e) ?
- Tu as déjà fumé ? du Haschich ? été ivre ?
- As-tu déjà été violent ?
- Est-ce que l'idée du suicide t'a traversé l'esprit ?

Traitement - Prise en charge

Programme de soins :

- Rencontre avec adolescent seul ?
- Rencontre avec parents seuls ?
- Rencontre adolescent/parents ?
- Relation avec la famille ?
- Personne ressource (tél) ?
- Référent médical ou psychothérapeute ?

« Tout se joue avant 127 ans » M. RUFO

Centre Hospitalier Jean Monnet – Epinal - SERVICES DE PEDIATRIE

OBSERVATION MEDICALE – ADOLESCENT

TENTATIVE DE SUICIDE

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Admission dans le service : *date*

heure

Circuit hospitalier préalable <hr/> <hr/>	Initialement en provenance de <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> institution <input type="checkbox"/> centre hospitalier de service
<i>Service(s)</i> Date – heure <i>D'admission</i>	
Adressé initialement par <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> aucun médecin	Médecin traitant Dr Autres correspondants :
<i>Observation effectuée par :</i> <i>Fonction</i> <i>Médecin hospitalier responsable du patient</i> <i>Signature</i>	<i>Validée par (médecin senior)</i> <i>Date – heure</i> <i>Dr</i>
Autorisation de soins : <i>Je soussigné(e)</i> <i>autorise les médecins du Centre</i> <i>Hospitalier Jean Monnet à pratiquer tout geste diagnostique et thérapeutique, toute intervention</i> <i>(chirurgie et anesthésie), et tout transport nécessités par l'état de l'enfant pour transfert ou</i> <i>consultation spécialisée.</i> <i>Epinal, le</i> <i>Signature (père, mère ou tuteur légal)</i>	

DOSSIER ADOLESCENTS : TENTATIVES DE SUICIDE

MOTIF D'HOSPITALISATION

Les recommandations de l'ANAES :

- Hospitalisation systématique

- En service de pédiatrie générale

Triple évaluation somatique, psychiatrique et sociale

- Mise en place d'une continuité des soins

- Motif apparent de la TS

(facteurs **déclenchants**)

- Équivalent suicidaire ?

- Alliance thérapeutique

- (confidentialité)

HISTOIRE DE LA MALADIE ET APPRECIATION DE LA GRAVITE

Gravité du geste OUI NON

Circonstances :

- Moyens

- Impulsivité ?

- Préméditation ?

- Idées suicidaires ?

- Intentions suicidaires ?

- Projet suicidaire ?

- Antécédent personnel de TS

ANTECEDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

- Vaccinaux

- Allergiques

- Médicaux

- Chirurgicaux

- Traumatologiques (répétitions)

- Hospitalisation

traitement en cours

Observance ?

EXAMEN CLINIQUE

Age maturatif :

Température :

TA :

Poids :

Taille :

IMC :

Croissance ?

- Normale ?

- Obésité ?

- Surpoids ?

Puberté (Tanner) :

- Garçons : P1 à P5 ; G1 à G5 :

- Filles : P1 à P5 ; M1 à M5 :

Cutané :

- Acné

- Scarifications

. Typiques (bras..)

. Atypiques (organes génitaux..)

Appareil locomoteur :

- Gibbosité

- Scoliose

- Cyphose

Hygiène :

- Générale, dentaire

Appareil reproducteur :

La sexualité et l'examen gynéco.

et andrologique

ont-ils pu être abordés ?

CONCLUSION DE L'EXAMEN CLINIQUE - BILAN (- Recherche de toxiques urinaires ??)

L'interrogatoire spécifique

* Le Corps

- Alimentation

- Sommeil

- Fatigue

- Plaintes floues

* La famille

Famille nucléaire, arbre généalogique, l'enfance, événements marquants

- Heureux en famille ?

- Événements dans l'enfance

- Événements traumatiques ?

* La société

Ecole, temps extra scolaire, les pairs, sexualité, addiction, conduite à risque, troubles du comportement

Scolarité :

- Parcours scolaire

- Echech scolaire ?
- Investissement parental ?
- Projet d'avenir
- Activités extra scolaires

Sexualité :

- Age maturatif
- Connaissances ?
- Petit(e) ami(e) ? - Vie sexuelle active ?
- Contraception ? - Prévention IST
- Sujets d'inquiétude ?

Addictions :

- Produits ? - Précocité ?
- Fixité ? - Association ?
- Usage festif ?
- Auto thérapeutique ? - Toxicomaniaque ?

Conduites à risques et troubles du comportement :

- Prise de risque au volant ?
 - Port du casque ?
- Culture du danger ?
- Bagarres, vol, fugues ?

*** Le monde personnel. Santé mentale.**

Eléments dépressifs :

- Alimentation
- Sommeil
- Fatigue
- Pessimisme
- Perte d'intérêt, de plaisir
 - Culpabilité
 - Dévalorisation
 - Idées suicidaires

Eléments impulsifs :

- Pas de préméditation
- Evénement déclenchant
- Troubles du comportement
 - Conduites à risque
 - Addiction

conclusions - APPRECIATION DU RISQUE DE RECIDIVE

Facteurs favorisants :

- Famille séparée
- Relations familiales altérées durablement
- Contenant d'autorité (trop, pas assez)
- Climats incestueux
- Abus sexuels
- Antécédents de TS
- Evénements dans l'enfance
- Changements récents
- Echec Scolaire
- Relation avec les pairs (isolement ?)
- Trouble de l'orientation sexuelle
- Consommation de produits ?

Facteurs de récurrence :

- ATCD de TS dans l'entourage
- ATCD familiaux psy. (alcoolisme)
- Relations familiales altérées (violence)
- ATCD perso. de TS
- Dépression intense,
- Patho. psy. (psychose)
- Préméditations, dissimulation, geste violent
- Absence de facteurs déclenchants
- Abus sexuels
- Violence, conduites à risques, addiction

TRAITEMENT - PRISE EN CHARGE

- Suivi psychologique :

. hospitalier ?

. fédération des adolescents ?

. psychiatre libéral ?

. autres (CMP ? CHS ?...)

. date du prochain rendez-vous

- Suivi médical ? hospitalier ?

. médecin libéral : date de rendez-vous

Famille, entourage, personnes ressource ? (N° tel, adresse..)

« Quand un ado. effectue une TS, c'est parce qu'il veut vivre... mais autrement »

Centre Hospitalier Jean Monnet – Epinal - SERVICES DE PEDIATRIE

OBSERVATION MEDICALE – ADOLESCENT

SYMPTOMES FLOUS ET MALAISE

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Admission dans le service : date

heure

Circuit hospitalier préalable	Initialement en provenance de <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> institution <input type="checkbox"/> centre hospitalier de service
<hr/> <hr/>	
Service(s) Date – heure D'admission	
Adressé initialement par	Médecin traitant
<input type="checkbox"/> Dr	Dr
<input type="checkbox"/> aucun médecin	Autres correspondants :
<hr/>	
Observation effectuée par : Fonction Médecin hospitalier responsable du patient	Validée par (médecin senior) Date – heure
Signature	Dr
<hr/>	
Autorisation de soins :	
Je soussigné(e) autorise les médecins du Centre Hospitalier Jean Monnet à pratiquer tout geste diagnostique et thérapeutique, toute intervention (chirurgie et anesthésie), et tout transport nécessités par l'état de l'enfant pour transfert ou consultation spécialisée.	
Epinal, le	Signature (père, mère ou tuteur légal)

Dossier adolescents : symptômes flous et malaises

Motif d'hospitalisation

Alliance thérapeutique :

Motif :

-Fatigue

-Céphalées

-Douleur Abdominales

-Nausées – vomissement

-Malaises

-Difficultés respiratoires

-Signes locomoteurs

Histoire de la maladie

Organicité ?

-Fièvre

*-Trouble de la conscience
(encéphalite herpétique???)*

-Contexte traumatique

-Jeune âge

-contexte psycho social normal

Fréquence des troubles

-Durée

-Répétition

-Circonstances

-Traitement entrepris

Description du malaise

-Description complaisante

-Émotivité, stress, sommeil ?

-Stimulation auditive ?

-A l'effort ? Au repos ?

-Début, arrêt, brutaux ?

Palpitations, tachycardie ?

-Malaise cardiaque ?

-Malaise vague ?

-Symptôme flou ?

Antécédents personnels et familiaux

-Vaccinaux

-Allergiques

-Médicaux

-Chirurgicaux

-Traumatologiques (répétitions)

-Hospitalisations

Traitement en cours

Observance ?

Examen clinique et éléments de bilan

Age maturatif : Poids : Taille : IMC : T° : TA :

Bilan minimal proposé :

-NF, plaquette, PCR

-Glycémie

-Ionogramme

-ASAT-ALAT

-ECG- TA

-+/- recherche de toxiques urinaires

-+/- VS

Fatigue ?

-Sérologie MNI

-Bilan thyroïdien

-+/- tuber test

Cardio ? Respi ?

-ECG

-RP

-+/- holter ecg

+/- échographie cardiaque et avis spécialisé

Neurologique ?

-Céphalées de tension ? Migraines ?

-EEG

-Scanner- IRM cérébrale

-+/- PL

-+/- toxiques urinaires

Douleurs abdominales ?

-ECBU

-échographie abdominale

Appareil locomoteur ?

-Anticorps anti-nucléaire

-+/- radios-scanner-IRM

-+/- scintigraphie osseuse

Appareil reproducteur ?

La sexualité et l'examen gynéco/andrologique

ont-ils pu être abordés ?

-+/- Béta HCG, +/- avis spécialisé

Conclusions provisoire – Bilan

Plutôt organique ?

Plutôt symptôme flou ?

2 pistes ?

Plaintes passagères ?

-Pas de modification des habitudes

-Contexte psycho social normal

Plaintes persistantes ?

-Modification des habitudes

-Contexte psycho social anormal

- Trois symptômes ?
- Plus de trois fois par semaine ?
- Pendant plus de trois mois ?

L'interrogatoire spécifique (si nécessaire ou dans un second temps)

*** Le Corps**

- Alimentation
- Sommeil
- Fatigue
- Plaintes floues

*** La famille**

Famille nucléaire, arbre généalogique, l'enfance, événements marquants

- Heureux en famille ?
- Événements dans l'enfance ?
- Événements traumatiques ?

*** La société**

Ecole, temps extra scolaire, les pairs, sexualité, addiction, conduite à risque, troubles du comportement

Scolarité :

- Parcours scolaire
- Echec scolaire ?
- Investissement parental
- Projet d'avenir

Activités extra scolaires

Sexualité :

- Age maturatif
- Connaissances ?
- Petit(e) ami(e) ?
- Vie sexuelle active ?
- Contraception ?
- Prévention IST
- Sujets d'inquiétude ?

Addictions :
- Produits ?
- Précocité ?

- Fixité ?
- Association ?
- Usage festif ?
- Auto thérapeutique ?
- Toxicomaniaque ?

- Conduites à risques
et troubles du comportement :
- Prise de risque au volant ?
 - Port du casque ?
 - Culture du danger ?
 - Bagarres ? vol ? fugues ?

*** Le monde personnel. Santé mentale.**

- Eléments dépressifs :
- Alimentation
 - Sommeil
 - Fatigue
 - Pessimisme
 - Perte d'intérêt
 - Culpabilité
 - Dévalorisation
 - Idées suicidaires

Conclusions, impression générale, diagnostic

- Trois symptômes ?
- Plus de trois fois par semaine ?
- Pendant plus de trois mois ?

Conclusions - Traitement - Prise en charge - Suivi

- Suivi à prévoir ?
- Prochaine consultation ?
- Bilan secondaire à prévoir ?
- Recours à un psychologue ?

« Tout se joue avant 127 ans » M. RUFO
« Quand les maux remplacent les mots »

QUESTIONNAIRE ADOSPA MODIFIE

(Ce questionnaire a pour but d'évaluer les risques de ta consommation d'alcool sur ta santé)

- Es-tu déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (toi y compris) qui avait bu ?
- Utilises-tu de l'alcool pour te détendre, te sentir mieux ou tenir le coup ?
- As-tu déjà oublié ce que tu avais fait sous l'emprise de l'alcool ?
- Consommes-tu de l'alcool quand tu est seul ?
- As-tu déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ?
- Tes amis ou ta famille t'ont-ils déjà dit que tu ferais bien de réduire ta consommation de boissons alcoolisées ?

Hors questionnaire

- As-tu déjà été ivre ? Si oui, à quel âge ?
- Consommes-tu d'autres produits (cigarettes, cannabis, autre drogue...) ?

Étiquette du patient

Bibliographie

1. Adès J, Lejoyeux M. Conduites de risque. *EMC-Psychiatrie*. 2004;1(3):201–215.
2. Adès J, Lejoyeux M, Bailly D. Particularités cliniques de l'alcoolisme de l'enfant et de l'adolescent. Dans : *Alcoolisme et psychiatrie: données actuelles et perspectives*. Masson; 2003.
3. Alvin P, Marcelli D. *Médecine de l'adolescent*. Elsevier Masson; 2005.
4. Alvin P, Marcelli D. Travail psychique lié à la puberté. Dans: *Médecine de l'adolescent*. Elsevier Masson; 2005.
5. Alvin P. Puberté normale et pathologique□: aspects médicaux et psychologiques. *EMC (Elsevier Masson SAS)*. 2006;(802-A-01).
6. ANAES. *Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins*. 2001.
7. Anderson P. Binge drinking and Europe. *London : Institute of Alcohol Studies*. 2007.
8. Arcand L, Bantuelle M, Bouvier P, et al. Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire. *Saint-Denis: INPES*. 2008.
9. Arvers P, Assailly JP, Batel P, et al. Alcool: dommages sociaux, abus et dépendance. 2003.
10. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*. 2000;95(5):677–686.
11. Bailly D. *Alcool, drogues chez les jeunes: agissons*. Odile Jacob; 2009.
13. Batel P. *Pour en finir avec l'alcoolisme: réalités scientifiques contre idées reçues*. Editions La Découverte; 2006.
14. Beck F, Guilbert P, Gautier A et al. Baromètre santé 2005. *Paris, INPES*. 2007.

15. Beck F, Legleye S, Spilka S. *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes français:(exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003)*. Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2005.
16. Bedin V., Huerre P. De l'adolescent à l'adolescence. Dans: *Qu'est-ce-que l'adolescence*? Editions Sciences Humaines; 2009.
17. Bedin V., Marcelli D. Adolescence et autorité: du surmoi infantile à l'idéal du moi. Dans: *Qu'est-ce-que l'adolescence*? Editions Sciences Humaines; 2009.
18. Bedin, V. *Qu'est-ce que l'adolescence*. Editions Sciences Humaines. 2009.
19. Biglan A, Metzler CW, Wirt R, et al. Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behavior among adolescents. *Journal of behavioral medicine*. 1990;13(3):245–261.
20. Blos P. The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic study of the child*. 1967;22:162–186.
21. Blos P. Son and father. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1984;32:301–324.
22. Bonomo YA, Bowes G, Coffey C, et al. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction*. 2004;99(12):1520–1528.
23. Bouix JC, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2002;(588):1488–1492.
24. Breton DL. *L'adolescence à risque: corps à corps avec le monde*. Autrement; 2002.
25. Brook JS, Whiteman M, Finch S et al. Aggression, intrapsychic distress, and drug use: Antecedent and intervening processes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(8):1076–1084.

26. Bryant AL, Schulenberg JE, O'Malley PM, et al. How Academic Achievement, Attitudes, and Behaviors Relate to the Course of Substance Use During Adolescence: A 6-Year, Multiwave National Longitudinal Study. *Journal of Research on Adolescence*. 2003;13(3):361–397.
27. Burke JD, Burke KC, Rae DS. Increased rates of drug abuse and dependence after onset of mood or anxiety disorders in adolescence. *Hospital & community psychiatry*. 1994.
28. Cahn R. *L'adolescent dans la psychanalyse: L'aventure de la subjectivation*. Presses universitaires de France; 2002.
29. Carton S, Lacour C, Jouvent R, et al. Le concept de recherche de sensations: traduction et validation de l'échelle de Zuckerman. *Psychiatrie & psychobiologie*. 1990;5(1):39–48.
30. Choquet M, Com-Ruelle L, Leymarie N. Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. *Comportements et contextes en France*. 2003.
31. Choquet M., Ledoux S. Adolescents: enquête nationale. *INSERM*. 1994.
32. Conseil Général des Alpes Maritimes. Zoom Addictions Prévention 06. 2008.
33. Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. *Plan « Santé des jeunes »*. 2008.
34. Corte C, Zucker RA. Self-concept disturbances: Cognitive vulnerability for early drinking and early drunkenness in adolescents at high risk for alcohol problems. *Addictive behaviors*. 2008;33(10):1282–1290.
35. Courtois R. *Les conduites à risque à l'adolescence*. Dunod; 2011.
36. Currie C, Molcho M, Boyce W, et al. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social science & medicine*. 2008;66(6):1429–1436.
37. Dally S., Choquet M. Binge drinking□: un phénomène qui reste à préciser. *Recherche et Alcoologie*. 2007;(N°32).

38. Deykin EY, Levy JC, Wells V. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *American Journal of Public Health*. 1987;77(2):178.
39. Dick DM, Rose RJ, Viken RJ, et al. Pubertal timing and substance use: Associations between and within families across late adolescence. *Developmental Psychology*. 2000;36(2):180.
40. Donovan JE, Molina BSG. Children's introduction to alcohol use: sips and tastes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2008;32(1):108–119.
41. Expertise Collective. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. *INSERM, Paris. Retour*. 2005.
42. Fergusson DM, Lynskey MT. Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. *Pediatrics*. 1996;98(1):91.
43. Finn PR, Sharkansky EJ, Brandt KM, et al. The effects of familial risk, personality, and expectancies on alcohol use and abuse. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000;109(1):122.
44. François P, Michel R. Abus, dépendances et polyconsommations: stratégies de soins □: Recommandations de la commission d'audition. *Alcoologie et addictologie*. 2007;29(4):305-314.
45. Freud S. L'intérêt de la psychanalyse (1913). *Paris: Retz..[Links]*. 1980.
46. Gallois P, Emeriaud P, Charpentier JM. Le problème «alcool» en médecine générale 2301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation. *Médecine*. 2006;2(7):320–4.
47. Goux JJ. *Œdipe philosophe*. Aubier; 1990.
48. Grant BF, Dawson DA. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse*. 1997;9:103–110.
49. Hayez JY. Quand le jeune est scotché à l'ordinateur: les consommations estimées excessives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2006;54(3):189–199.

50. Hibell B, D AEMC for, alkohol-oc narkotikaupplysning C för, Europe. Council of C-opera. *The 2007 ESPAD report*. Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); 2009.
51. Holzer L, Halfon O, Thoua V. Adolescent brain maturation. *Archives de pediatrie: organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*. 2011.
52. Hoyle RH, Fejfar MC, Miller JD. Personality and sexual risk taking: A quantitative review. *Journal of Personality*. 2000;68(6):1203–1231.
53. Huas D, Pessione F. Les consommateurs d'alcool à problème: Les maladies de l'alcool. *La Revue du praticien*. 1999;49(4):379–382.
54. Jackson KM, Sher KJ, Cooper ML, et al. Adolescent alcohol and tobacco use: onset, persistence and trajectories of use across two samples. *Addiction*. 2002;97(5):517–531.
56. Jeffrey D, Le Breton D, Lévy JJ. *Jeunesse à risque, rite et passage*. Presses de l'Université Laval; 2005.
57. Jessor R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Developmental Review*. 1992;12(4):374–390.
58. Kaner E, Wutzke S, Saunders JB, et al. Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. *Journal of studies on alcohol*. 2001;62(5):621.
59. Karila L, Legleye S, Beck F, et al. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale: le CRAFFT-ADOSPA. *La Presse Médicale*. 2007;36(4):582–590.
60. Karila L, Legleye S, Beck F, et al. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale: le CRAFFT-ADOSPA. *La Presse Médicale*. 2007;36(4, Part 1):582-590.

61. Karsenty S, Mélihan-Cheinin P, Martin D, et al. Premier état des lieux de l'application des règlements interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH): BEH thématique (alcool et santé en France, états des lieux)*. 2006:34–35.
62. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(6):607-614.
63. Krier A. Un dossier médical d'hospitalisation pour adolescents? Mémoire de Diplôme Inter Universitaire de Médecine et Santé de l'Adolescent, Université d'Angers – Poitiers – Tours, 2007.
64. Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*. 2005;25(7):841–861.
65. Lahrichi S. Intoxications alcooliques aiguës à l'adolescence □: Expérience sur un an à l'Hôpital d'Enfants de Nancy (31 cas). 2009.
66. Laplanche J. *Castration symbolisations*. Presses universitaires de France; 1980.
67. Laufer M, Laufer E. Adolescence et rupture de développement. *Une perspective psychanalytique*. Paris: PUF. 1989.
68. Ledoux S, Miller P, Choquet M, et al. Family structure, parent–child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol and Alcoholism*. 2002;37(1):52.
69. Legleye S, Beck F, Spilka S, et al. Genre et caractéristiques sociales des consommateurs de drogues à l'adolescence, France, 2000-2005. 2009.
70. Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, et al. «Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence». *Tendances*. 2008.
71. Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, et al. Drug use among 17-year-olds Results of the 2008 ESCAPAD survey. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*. 2009; (N°66).

72. Lévi-Strauss C. *La pensée sauvage*. Plon. Paris; 1962.
73. Lynskey MT, Fergusson DM, Horwood LJ. The origins of the correlations between tobacco, alcohol, and cannabis use during adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1998;39(7):995–1005.
74. Marcelli D, Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie*. Elsevier Masson; 2008.
75. McCarty CA, Ebel BE, Garrison MM, et al. Continuity of binge and harmful drinking from late adolescence to early adulthood. *Pediatrics*. 2004;114(3):714.
76. McDougall J. L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse*. 2004;68(2):511–527.
77. Michaud P, Abesdris J. Diffusion de la pratique de l'intervention brève: méthodes de formation et de mobilisation des acteurs de soins de premier recours: Médecine ambulatoire. *Médecine et hygiène*. 2003;61(2451):1817–1822.
78. Michaud P, Samuel R. Attitudes et opinions du médecin généraliste à l'égard du risque alcoolique: une approche qualitative. *Pratiques médicales et thérapeutiques*. 2002.
79. Michel G, Carton S, Perez-Diaz F, et al. Symptomatologie dépressive et consommation de substances psycho-actives chez des lycéens. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 1998;46(10-11):531–536.
80. Michel G, Purper-Ouakil D, Mouren-Simeoni M. Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psycho-actives à l'adolescence: Risk factors for psychoactive substance use in adolescence. Dans: *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Vol 159.; 2001:622–631.
81. Mijolla A de. *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Calmann-Lévy; 2002.

82. Ministère de l'Éducation Nationale, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). «Prévention des conduites addictives» □: *guide d'intervention - Éduscol*. 2010.
83. Ministère de la Santé et des Solidarités. *Synthèse du Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007 2011*. 2007.
84. National Institute of Alcohol Abuse. NIAAA Council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*. 2004;3:3.
85. Nordmann R. Évolution des conduites d'alcoolisation des jeunes: motifs d'inquiétude et propositions d'action. *Bulletin de l'Académie Nationale de médecine*, 2007;2340.
86. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Costes J.M. *Drogues et dépendances, données essentielles*. La Découverte; 2005.
87. Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of comparative and physiological psychology*. 1954;47(6):419.
88. PAILLE F. Evaluation pratique de la consommation d'alcool. *Gastroenterol Clin Biol*. 2002;26:B141–B148.
89. Peniak I. L'adolescent face à l'alcool □: A propos d'une étude aux urgences du CHU de Nancy. 2009.
90. PICARD V, GERBAUD L, PERTHUS I, et al. Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool. *La Revue du praticien. Médecine générale*. 2002;(573):699–703.
91. Picherot G, Muszlak M, David V, et al. Intoxication alcoolique aiguë de l'adolescent aux urgences: enquête prospective multicentrique. *Archives de pédiatrie*. 2003;10:140s–142s.
92. Plant M. *Binge Britain: alcohol and the national response*. Oxford University Press; 2006.

93. Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2002;26(2):272–279.
94. Reynaud M, others. *Traité d'addictologie*. Flammarion médecine-sciences; 2006.
95. Reynaud M., Craplet M. Historique des conduites d'alcoolisation. Dans: *Traité d'addictologie*. Flammarion Médecine-Sciences; 2006.
96. Samuel R, Michaud P. Le généraliste face au risque alcool: une étude qualitative. *Pratique Médicale et Thérapeutique*. 2002;21:23–6.
97. Smith AMA, Rosenthal DA. Adolescents' perceptions of their risk environment. *Journal of Adolescence*. 1995;18(2):229–245.
98. Stassart M. Anthropologie de l'adolescence. *Cahiers du CEP. Centre d'Etudes Pathoanalytiques*. 1996;7(1).
99. Taffe MA, Kotzebue RW, Crean RD, et al. Long-lasting reduction in hippocampal neurogenesis by alcohol consumption in adolescent nonhuman primates. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2010;107(24):11104.
100. Tanner JM. *Growth at Adolescence*. 2^e éd. Blackwell Science Ltd; 1978.
102. Van Gennep A. *Les Rites de passage (1909), Paris, Picard, 1981*. Retour
103. Vaugeois P, dépendances C québécois de lutte aux. *La Cyberdépendance: fondements et perspectives*. Centre québécois de lutte aux dépendances; 2006.
104. Westling E, Andrews JA, Hampson SE, et al. Pubertal timing and substance use: the effects of gender, parental monitoring and deviant peers. *Journal of Adolescent Health*. 2008;42(6):555–563.
105. Wilens TE, Biederman J, Millstein RB, et al. Risk for substance use disorders in youths with child-and adolescent-onset bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(6):680–685.
106. Wills TA, Vaughan R. Social support and substance use in early adolescence. *Journal of Behavioral Medicine*. 1989;12(4):321–339.

107. Wood MD, Read JP, Mitchell RE, et al. Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement among recent high school graduates. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2004;18(1):19.
108. Zabraniecki A-Z, Olliac B, Université de Limoges. *Ivresse et risque à l'adolescence* □: étude cas-témoin d'une population hospitalisée. 2010.
109. Anon. *Binge Drinking – Nature, prevalence and causes*. Institute of alcohol studies; 2010.
110. Anon. Attitudes et opinions du médecin généraliste à l'égard du risque alcool: une approche qualitative.

VU

NANCY, le **25 novembre 2011**

Le Président de Thèse

Professeur F. PAILLE

NANCY, le **25 novembre 2011**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3861

NANCY, le 29/11/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Le point de départ de ce travail est le constat d'une augmentation significative du nombre d'hospitalisation pour intoxication alcoolique aiguë (IAA) dans la population adolescente.

L'objectif principal est la recherche des facteurs de risque de mésusage d'alcool reconnus dans la littérature dans deux populations d'adolescents hospitalisés pour IAA. La première dépistée à risque intermédiaire ou élevé d'usage nocif par un questionnaire validé, l'ADOSPA, la seconde dépistée à risque faible.

L'objectif secondaire est la rédaction d'un dossier d'hospitalisation intitulé « intoxication alcoolique aiguë » intégrant à une prise en charge globale la recherche des facteurs de risque de mésusage d'alcool, le questionnaire ADOSPA et les recommandations de l'ANAES.

Matériel et méthode : une étude prospective a été menée sur une période de 9 mois dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Général d'Épinal chez tous les adolescents âgés de 12 à 18 ans hospitalisés pour intoxication alcoolique aiguë.

L'analyse des données a été réalisée à partir du questionnaire validé ADOSPA, pour définir 2 niveaux de risque d'usage nocif d'alcool. Dans un deuxième temps, un entretien qualitatif a été pratiqué à l'aide du dossier adolescent en place dans le service de pédiatrie d'Épinal.

Résultats : 23 dossiers ont été analysés. Une différence significative entre les deux groupes a été retrouvée pour un facteur de risque de mésusage d'alcool : le tabagisme.

Conclusion : La recherche des facteurs de risque couplé au questionnaire ADOSPA permet d'orienter la prise en charge hospitalière et le suivi ultérieur dans le but de prévenir la récurrence.

TITRE EN ANGLAIS :

Study of risk factors for alcohol misuse in adolescents hospitalized for acute alcohol intoxication in the pediatric department of Epinal from August 2010 to April 2011.

THESE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2011

MOTS CLES :

Alcool, adolescent, facteur de risque, ADOSPA

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy

9 avenue de la Forêt de Haye,

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex